Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Hans Roemer

# Die Fehlgeburten an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen unter dem Einfluß der Ovulationshemmer

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Medizin

dem Fachbereich klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
**Walter Dietz**
aus Wertheim

1970

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Hans Roemer

# Die Fehlgeburten an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen unter dem Einfluß der Ovulationshemmer

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Medizin

dem Fachbereich klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
**Walter Dietz**
aus Wertheim

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann
1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Jung
2. Berichterstatter: Professor Dr. V. Probst

Für die Überlassung des Themas sowie die stets freundliche Unterstützung bei dessen Bearbeitung möchte ich Herrn Professor Dr. med. Jung herzlich danken.

Herrn Dozent Dr. med. Ehlers danke ich für die Anleitung bei der Datenverarbeitung sowie die Unterweisung an den IBM-Maschinen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547603_0069

Meinen Eltern

# I N H A L T S V E R Z E I C H N I S


| | | Seite |
|---|---|---|
| A | Einleitung | 2 |
| B | Literaturübersicht | 3 |
| | I Zur Häufigkeit der Fehlgeburt | 3 |
| | II Zur Häufigkeit der Abtreibungen und über das Problem ihrer Erfassung | 6 |
| | III Motive zur Abtreibung | 10 |
| | IV Folgen der Abtreibung | 12 |
| | V Bekämpfung der Abtreibung | 14 |
| C | Material und Methodik | 19 |
| D | Eigene Ergebnisse | 28 |
| | I Deutsche Abortpatientinnen (Gesamtzahl) | 28 |
| | II Herkunft der Patientinnen | 37 |
| | III Familienstand | 54 |
| | IV Alter der Patientinnen | 61 |
| | V Kinderzahl der verheirateten Patientinnen | 74 |
| | VI Sozialer Stand | 84 |
| | VII Konfession | 93 |
| E | Schlußbetrachtung | 100 |
| F | Zusammenfassung | 101 |
| G | Literaturverzeichnis | 103 |

# A EINLEITUNG

Die Abtreibung, ihre Häufigkeit, Ursache und Bekämpfung ist immer wieder das Objekt vieler Diskussionen. Je nach Aktualität wird dieses Thema unterschiedlichen Betrachtungsweisen unterzogen. So sind es oft strafrechtliche oder sozialpolitische Maßnahmen zur Einschränkung der Abtreibung, die eine Diskussion veranlassen. Auch wurde die Aborthäufigkeit schon zur Beurteilung von Staats -und Gesellschaftsordnungen herangezogen wie durch Reichert (65) und Mehlan (50). In jüngster Zeit ist es die " Anti-Baby-Pille ", die in der Fachliteratur wie auch in der Laienpresse zu erneuten Diskussionen angeregt hat. So wird die von einigen Autoren festgestellte Abnahme der Fehlgeburten und Abtreibungen auf die zunehmende Verbreitung der oralen Kontrazeptiva zur Empfängnisverhütung zurückgeführt. Hier soll festgestellt werden, ob auch an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen ein Rückgang der Fehlgeburten und Abtreibungen zu verzeichnen ist.

# B LITERATURÜBERSICHT

## I Zur Häufigkeit der Fehlgeburt

Aussagen über die Häufigkeit der Fehlgeburt sind zu allen Zeiten durch den mehr oder weniger grossen Anteil an Abtreibungen und dem Bemühen, diese zu verheimlichen, belastet. Nach Prinzing (63) sind absolut sichere Zahlen nie zu erreichen, da viele Fehlgeburten im ersten und zweiten Monat der Schwangerschaft nur unter den Erscheinungen einer starken Menstruation verlaufen und daher weder zur Kenntnis eines Arztes kommen und auch häufig von der Frau selbst gar nicht als Fehlgeburt aufgefaßt werden. So ist man auf Schätzungen angewiesen, weshalb bei den Angaben im Schrifttum große Unterschiede bestehen, wobei noch erhebliche zeitliche und örtliche Schwankungen der Abortfrequenz hinzukommen.

Lediglich über die Häufigkeit der spontanen Fehlgeburten besteht eine gewisse Übereinstimmung und wird mit 5 - 10 % bezogen auf alle zustandegekommenen Schwangerschaften angegeben. (32, 42, 52, 63, 68)

Bluhm (zit. bei Prinzing 63) fand 1912 bei 1000 Familien des gebildeten deutschen Mittelstandes und der höheren Stände auf 4478 Empfängnisse in 7,63 % und bei 31 Pastorenfamilien mit 186 Empfängnissen in 7,52 % Fehlgeburten. Dabei wird angenommen, daß in diesen Kreisen mindestens damals die Abtreibung eine Seltenheit war.

Von 1497 Frauen, die nach Absetzen von Ovulationshemmern geplant empfangen hatten, abortierten 7,0 % (Tietze, zit. bei Schultze 68). Lewis-Faning (zit.bei Schultze 68) fand unter ähnlichen Bedingungen 9,2 %. Bei 150 Fällen nach künstlicher Insemination zählte Lewis 10,0 % Aborte. Da bei diesen Kollektiven eine Abtreibung außerordentlich unwahrscheinlich sei, nimmt Schultze (68) an, daß ca. 10,0 % aller Konzeptionen spontan als klinisch erkennbare Fehlgeburt vorzeitig abgehen.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über Angaben im Schrifttum zum Verhältnis Abort : Geburt.

Tabelle 1:

| Jahr | Autor | Abort:Geburt | Literatur |
|---|---|---|---|
| 1863 | Hegar (Darmstadt und Berlin) | 1 : 8–10 | zit.bei 6 |
| 1890 | Bumm (Berlin) | 1 : 9 | zit.bei 6 |
| 1900 | Cloeren u. Mall-Haefeli (Basel) | 1 : 20 | 15 |
| 1912 | Stat. Amt Magdeburg | 1 : 4–5 | zit.bei 6 |
| 1913 | Amtl. Kieler Berichte | 1 : 2–3 | zit.bei 6 |
| 1917 | Bumm (Berlin) | 1 : 4 | zit.bei 6 |
| 1919 | Schottelius (Hamburg) | 1 : 2 | zit.bei 32 |
| 1919 | Nebel (Mainz( | 1 : 7,4 | zit.bei 6 |
| 1920 | Nebel (Mainz) | 1 : 6,2 | zit.bei 6 |
| 1920 | v.Jaschke | 1 : 4 | zit.bei 30 |
| 1927 | Heynemann | 1 : 3 | 32 |
| 1930 | Stiegelbauer | 1 : 3 | zit.bei 30 |
| 1920–30 | Reichert | 1 : 0,92 | zit.bei 30 |
| 1932–35 | Jaroschka | 1 : 0,98 | zit.bei 30 |
| 1938 | Miculicz-Radecki | 1 : 7 | zit.bei 4 |
| 1938 | Heynemann | 1 : 6 | 32 |
| 1936–40 | Bauer (Tübingen) | 1 : 9 | 4 |
| 1945 | Behrens (Eutin) | 1 : 1,5 | 6 |
| 1927–47 | Köhn (Duisburg) | 1 : 3,4 | 41 |
| 1949 | Schultze (Bremerhaven) | 1 : 1,2 | 68 |
| 1952 | Harmsen (BRD) | 1 : 1 | 26 |
| 1953 | Dietel (Nordwestdeutschland) | 3 : 1 | zit.bei 26 |
| 1960–62 | Behrens (Celle) | 1 : 5–6 | 6 |
| 1960–63 | Cloeren u. Mall-Haefeli (Basel) | 1 : 8 | 15 |
| 1964–65 | Schultze (Bremerhaven) | 1 : 3,8 | 68 |
| 1964 | Hörmann (UFK Kiel) | 1 : 7 | 36 |
| 1967 | Schultze (Bremerhaven) | 1 : 4,5 | 68 |
| 1967 | Schultze (BRD) | 1 : 4 | 68 |

Die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß eine Zunahme der Fehlgeburten auf eine Zunahme der Abtreibungen zurückzuführen sei, ebenso wie der Rückgang der Fehlgeburten in der Reichsstatistik 1936-40 von 13,1 % auf 9,5 % der Schwangerschaften durch eine Abnahme der Abtreibungen bedingt sei.

Schultze (67,68) stellt an der städtischen Frauenklinik Bremerhaven von 1949 - 1967 einen Rückgang der Fehlgeburten um fast die Hälfte fest, während im gleichen Zeitraum die Geburten um das Dreifache angestiegen seien. Der Anteil der Spontanaborte an der Summe aller klinisch behandelten Konzeptionen sei aber annähernd konstant geblieben.

Das von Harmsen für die Bundesrepublik Deutschland geschätzte Verhältnis von Geburt zu Abort wie 1 : 1 wird von Prill (in 40) und von Döring (18) als zu hoch angesehen, während nach Mackenroth (47) die Zahl der Fehlgeburten gelegentlich die Zahl der Geburten übersteige. Harmsen (in 40) selbst ist jedoch der Meinung, daß die Übereinstimmung der Zahl der Aborte mit der Zahl der Geburten für die Jahre 1950 - 1955 zutreffe, räumt aber ein, daß seitdem ein erheblicher Rückgang der Aborte eingetreten sei, wofür nicht zuletzt die zunehmende Anwendung der " Pille " verantwortlich sei.

## II Zur Häufigkeit der Abtreibungen und über das Problem ihrer Erfassung

Die Angaben über den Anteil der Abtreibungen an den Fehlgeburten variieren im Schrifttum stark, was einmal in der großen Schwierigkeit der alternativen Entscheidung Spontanabort - Abtreibung begründet ist, wobei die verschiedenen Autoren unterschiedliche Methoden anwenden. Zum anderen sind die Differenzen - wie auch bei der Angabe über die Häufigkeit aller Aborte - bedingt durch örtliche und zeitliche Unterschiede. So bemerkt Heynemann (32), daß es nicht angängig sei, die an einem Ort gewonnenen Zahlen auf ganz Deutschland zu übertragen. In den Großstädten würden in dieser Hinsicht die Dinge wesentlich anders liegen, als in den Kleinstädten und auf dem Lande. Aber auch Stammes-, Standes- und konfessionelle Verschiedenheiten würden dabei eine Rolle spielen.

Viele Autoren sind der Meinung, daß man bei der Erfassung der kriminellen Aborte über Vermutungen nicht hinaus komme und nur Schätzungen über die Häufigkeit möglich seien. (11, 13, 23, 30, 32, 52, 62, 63, 66)

Brachtel (11) beurteilt die Fehlgeburten nach Art des Beginns, fieberhaftem Verlauf, Art der Blutung und Schmerzen, Ausschluß anderer Ursachen und Deutung der mehr oder weniger plumpen Verschleierungsmanöver der Kranken. Er schätzt den Anteil der provozierten Fehlgeburten an seiner Klinik auf 85 - 90 %.

Philipp (62) betont ausdrücklich, daß kein sicheres Zeichen den Verlauf des kriminellen vom Spontanabort unterscheide. Der kriminelle Abort sei lediglich dadurch ausgezeichnet, daß bei ihm viel häufiger hohes Fieber und Schüttelfrost oder andere Komplikationen auftreten würden als beim spontanen. Jedoch seien längst nicht alle fieberhaften Aborte kriminell und nicht alle kriminellen würden mit Fieber verlaufen. Er findet bei 3/4 aller sicher kriminellen Aborte Fieber und bei

mehr als einem Drittel noch andere Komplikationen.

Von 189 Fehlgeburten beträgt bei Schultze (66) der Anteil der Abtreibungen 21,7 %. Doch handele es sich lediglich um eine ungefähre Erfassung der Abtreibungen, wobei die Angaben nur ganz grobe Werte darstellen würden, die lediglich richtungsgebende Bedeutung besäßen.

Als Abtreibung bewertet Lax (45) alle zugegebenen Fälle, sowie die, bei denen die Fehlgeburt mit Fieber und Schüttelfrost begann, und findet in dem Leipziger Material der Jahre 1945 - 1947 einen Anteil der Abtreibungen an den Fehlgeburten von 30 - 47 %.

Brey (13) versucht die spontanen von den kriminellen Aborten zu trennen, indem er den Anteil der spontanen Fehlgeburten an den gesamten Schwangerschaften mit 10,0 % zu Grunde legt und kommt zu einem Verhältnis von spontan zu kriminell wie 1 : 1.

Unter Berücksichtigung der Kriterien Temperatur über 38 °C und Transfusionen von 260 - 1700 ccm Blut gelangt Defort (17) bei einem Abortmaterial von 400 Fällen zu einem Anteil der wahrscheinlich provozierten Aborte von ca. 33 %.

Hofmann (34) wendet ein spezielles Punkteverfahren an, wonach klinische Symptome von anderen Gesichtspunkten getrennt werden und nimmt an, daß die Kriminalitätsziffer bei 3033 Fällen an der UFK Gießen in den Jahren 1945 - 1960 bei einer Zahl höher als 65,9 % und tiefer als 97,1 % liege.

In der Tabelle 2 werden im Schrifttum angegebene Werte über den Anteil der Abtreibungen an den Fehlgeburten aufgeführt.

Tabelle 2:

| Anteil der Abtreibungen | Autor | Literatur |
|---|---|---|
| 89,0 % | Bumm (Berlin 1916) | zit.bei 63 |
| 78,0 % | Hirsch (Berlin) | zit.bei 63 |
| 85,0 % | Stoeckel | 70 |
| 90,0 % | Schottelius | zit.bei 30 |
| 89,0 % | Schäfer (UFK Berlin 1927) | zit.bei 30 |
| 90,0 % | Stiegelbauer (1930) | zit.bei 30 |
| 85,0 - 90,0 % | Brachtel (1937) | 11 |
| 28,0 % | Reichert (1938) | 65 |
| 50,0 % | Philipp (1938) | 62 |
| 65,0 % | Montgomery (USA) | zit.bei 11 |
| 90,0 % | Brandstrup und Westmann | zit.bei 11 |
| 99,0 % | Liepmann | 46 |
| 5o,0 % | Stoeckel (1940) | zit.bei 8 |
| 21,7 % | Schultze | 66 |
| 30,0 - 47,0 % | Lax (Leipzig 1945-47) | 45 |
| 24,5 % | Kayser (1951) | 39 |
| 66,0 % | Nürnberger (UFK München) | zit.bei 32 |
| 70,0 % | Ofterdinger (Hamburg) | zit.bei 32 |
| 80,0 % | Hofrogge (Hamburg) | zit.bei 32 |
| 80,0 % | Argay u. Nemecskay (Ungarn) | 2 |
| 80,0 % | v.Jaschke (BRD) | zit.bei 30 |
| 32,0 % | Bergander (Dresden 1943-53) | 8 |
| 53,0 % | Rochat | zit.bei 30 |
| 87,3 % | Chosson und Darasson | zit.bei 30 |
| 42,0 % | Schultze (Bremerhaven 1949-51) | 67 |
| 90,0 % | Davis | zit.bei 30 |
| 9,2 % | Berger | zit.bei 30 |
| 80,0 % | Mink (1953-56) | 54 |
| 50,0 % | Brey (Dresden 1961) | 13 |
| 33,0 % | Defort | 17 |
| 80,0 % | Hörmann (1964) | 36 |
| 65,9 - 97,1 % | Hofmann (UFK Gießen) | 34 |
| 50,0 % | Schultze (Bremerhaven 1967) | 68 |

Obwohl die meisten Verfasser von Abortstatistiken für ihre Angaben zur Häufigkeit der Abtreibung den fieberhaften Abort zugrundelegen, betonen sie doch die Unzulänglichkeit der Angaben, zumal im Zeitalter der Antibiotica deren Anwendung den Abtreibern nicht unbekannt sein dürfte. (8,9,12,13).

Aber auch schon vor dieser Zeit betont Philipp (62), wie schon oben erwähnt, daß nicht alle fieberhaften Aborte kriminell seien und längst nicht alle kriminellen mit Fieber einhergehen würden. So fand Brey (13) bei 7,0 % seiner wahrscheinlich nicht kriminellen Aborte einen fieberhaften Verlauf. Hörmann (36) ist der Ansicht, daß der größere Teil der Abtreibungen komplikationslos und ohne Fieber verlaufe, ein fieberhafter Verlauf aber einen spontanen Abortus nicht ausschließe.

Folgende Tabelle enthält Angaben über Schätzungen zur Häufigkeit der Fehlgeburten in Deutschland.

Tabelle 3:

| Fehlgeburten | Autoren | Literatur |
|---|---|---|
| 240 000 | Benthin u. Prinzing (1911) | zit.bei 30 |
| 300 000 - 500 000 | Bumm, Döderlein, Fehling, Krone | zit.bei 30 |
| 300 000 - 500 000 | Loenne, Most, Engelsmann, Philipp, Heynemann (1920) | zit.bei 30 |
| 220 000 | Reichert (1932) | zit.bei 30 |
| 750 000 | v.Jaschke (1950) | zit.bei 30 |
| 500 000 | Fecht (1935) | zit.bei 55 |
| 220 000 | Stoeckel (1940) | 70 |
| 200 000 | Bruntsch (1961) | 14 |
| 500 000 | Döring (1969) | 18 |

## III Motive zur Abtreibung

Aristoteles empfahl neben der Empfängnisregelung die Abtreibung als Mittel zur Einschränkung der Kinderzahl:
" In Rücksicht auf die Anzahl der Kinder muß, wenn die Gebräuche der Völker es nicht gestatten, kein geborenes Kind ausgesetzt werden, sondern man muß dann nur der Zeugung selbst gewisse Schranken setzen und wenn es dessen ungeachtet doch unter Eheleuten vorfiele, daß eine Frau schwanger würde, die schon die gesetzmäßige Zahl der Kinder hat, dann muß man die Frucht, ehe sie Leben und Empfindung hat, von ihr abtreiben lassen. " (58)

Auch heute würde bei Verheirateten die Anpassung der Familiengröße an die wirtschaftlichen Existenzbedingungen neben unsicheren Methoden der Empfängnisvorbeugung vor allem über die Abtreibung vóllzogen. (6,26,28,30)

Cloeren und Mall-Haefeli (15) sehen in der Zeit der Hochkonjunktur nach dem Zweiten Weltkrieg als begünstigenden Faktor für die Abtreibung die Sucht nach dem zunehmenden Luxus an.

Nach Bergander (8) sind es vorwiegend drei große Gruppen von Frauen, die Fehlgeburten an sich zu provozieren suchen:

1. asoziale Elemente;
2. Frauen, die schon zwei oder drei Kinder haben und einen weiteren Familienzuwachs nicht wünschen;
3. Frauen, die das Kind wünschen, die aber durch äußere Umstände und objektive oder auch subjektive Schwierigkeit gezwungen zur Abtreibung greifen.

Bei einer Befragung von 4670 Frauen in der CSSR, die um eine Interruptio ansuchten, stellte Nevrla (59) folgende Gründe fest:

1. 5o % Vorhandensein mehrerer Kinder.
2. 2o % gestörter Gesundheitszustand
3. 9 % schwierige Situation lediger Mütter.
4. 6 % drohende Familienauflösung.
5. 9 % ökonomische Schwierigkeiten und Wohnungsprobleme.

Heiss (30,31) geht ausführlich auf die Motive ein, die zur Abtreibung führen und nennt dabei vor allem soziale und wirtschaftliche Momente, das Sinken ethischer und religiöser Vorstellungen, sowie einen herrschenden Materialismus der breiten Masse.

## IV Folgen der Abtreibung

Als Folgen der Abtreibung sind vor allem Sterilität anzusehen (47,52).

Nach Philipp (62) drückt sich das Schuldkonto der Fehlgeburt hinsichtlich der Spätfolgen darin aus, daß 8 - 10 % der Frauen ein für allemal steril bleiben und schätzungsweise 10 - 15 % Störungen erleiden, die sich in einer veränderten und meist als krankhaft empfundenen Funktion der Geschlechtsorgane auswirken.

Gesenius (23) zitiert G.K.T. Schulze, wonach 44,0 % aller unfruchtbaren Frauen durch eine vorausgegangene künstliche Fehlgeburt steril wurden; wenn auch dieser Prozentsatz zu hoch sei, so würden doch Zacherl und Richter 1934 für Innsbruck immerhin 27,0 %, die Leningrader Frauenklinik 35,0 %, Ashermann 1962 für Israel 38,0 % nennen. Weiter dürfe man wohl annehmen, daß mindestens jede siebente - bei fieberhaftem Ablauf jede vierte - Frau nach einer Abtreibung unfruchtbar wird. Neben den körperlichen Schäden seien es aber auch Auswirkungen auf die Seele des Weibes, denn der Eingriff breche brutal eine Entwicklung ab, in welche es mit seinem innersten Wesen eingetreten sei und hinterlasse in einigen Fällen auch seelische Narben.

Cloeren und Mall-Haefeli (15) beziehen ca. 15 - 30 % der Sterilitätsursachen auf durchgemachte Aborte.

Als weitere Abtreibungsfolgen sind die Todesfälle zu nennen. Bei Bergander (8) kommen auf 2516 Fehlgeburten 2 Todesfälle = 0,08 %, bezogen auf die sicheren Abtreibungen sind es 0,24 %.

Lax (45) findet bei 497 sicheren Abtreibungen 21 Todesfälle = 4,22 %, Stoeckel (70) 1,5 - 2,0 % bei kriminellen, 0,5 % bei nicht kriminellen Aborten.

Brachtel (11) nimmt 1939 1 - 2 % Todesfälle bei Abtreibungen an, während Meisinger (zit.bei 8) im gleichen Jahr 7,0 % angibt.

## V Bekämpfung der Abtreibung

Die bisher durchgeführten Maßnahmen zur Bekämpfung der Abtreibung bestehen in Bestrafung der aktiven und passiven Abtreibung, Legalisierung der Abtreibung aus sozialer Indikation und staatlicher Sozialfürsorge. Der Weg über die Bestrafung wird als unwirksam betrachtet und habe sich als nicht erfolgreich herausgestellt. (30,31,46,56) Lediglich Lax (45) fordert als Bekämpfungsmaßnahmen neben einer Verbesserung der Lebensverhältnisse, damit jede Familie mindestens 3 Kinder groß ziehen kann, eine harte Bestrafung der aktiven Abtreibung.

Der vor allem in den sozialistischen Ländern durchgeführte Versuch, den illegalen Abort mit einer Legalisierung der Interruptio aus sozialer Indikation einzudämmen, ist nicht geglückt, im Gegenteil trat auch mit dem Anstieg des legalen Abortes eine Zunahme des kriminellen Abortes ein. (12,26,29, 30,31,50,55) Nur staatliche Sozialfürsorgemaßnahmen und Methoden zur Förderung des Kinderwunsches scheinen von Erfolg gewesen zu sein. Gesenius (23) bemerkt dazu: " Dem Dritten Reich muß im Kampf gegen die " Abtreibungsseuche " ein bisher nie erreichter Erfolg zugestanden werden. Mögen es mehr Steuer- und Wohnungsbegünstigungen der Kinderreichen, Ehestandsdarlehen, Mütterhilfswerke und Ehrenkreuze oder drakonische Strafmaßnahmen gewesen sein: Die Angäbe Philipps, daß die Zahl der kriminellen Eingriffe auf ein Fünftel absank, dürfte den Beobachtungen der deutschen Frauenärzte entsprechen."

Mehlan (50) führt 1935 an, daß die absoluten Zahlen des kriminellen Abortes mit Einführung des Gesetzes zum Schutze von Mutter und Kind vom 27.9.1950 in der DDR abgenommen hätten, während im gleicnen Jahr Bergander (8) feststellt, daß trotz dieses Gesetzes und der ständig steigenden fürsorgerischen sozialen Maßnahmen in der DDR ein wesentliches Absinken der Abtreibungsziffern nicht verzeichnet werden konnte. Sie führt das jedoch auf die in praxi noch unzureichende Realisation dessen zurück, was in der Gesetzgebung vorgesehen ist. Einige

Andere Autoren sind der Meinung, daß eine wirksame Eindämmung der Abtreibung über einen solchen Weg erreicht werden könne. (26,30,31,45,52)

Die meisten Vorschläge zur Bekämpfung der Abtreibung bestehen in der Forderung nach Verbreitung der Kenntnis über eine wirksame Schwangerschaftsverhütung in Verbindung mit sozialpädagogischen Maßnahmen (1,3,7,12,16,19,29,30,33,43,56,72).

" Die allgemeine Unwissenheit über das Gebiet der Empfängnisverhütung ist die Hauptursache dafür, daß zahllose Frauen heute noch in der Verzweiflung über eine eingetretene Schwangerschaft die Zuflucht zur Abtreibung nehmen, ohne sich auch nur des Ernstes dieses Eingriffes bewußt zu sein ". (26)

Bergander (8) fordert eine Beratung über antikonzeptionelle Mittel und ihre Verwendung besonders bei den Frauen, die bereits Mütter seien, um unerwünschte Schwangerschaften gar nicht erst eintreten zu lassen.

Sele (69) sieht in der mündlichen und schriftlichen Unterweisung der Frauen in der Methodik der Schwangerschaftsverhütung die einzige Möglichkeit, der zunehmenden Abortsucht zu begegnen.

Mehlan (52): " Die bewußte Geburtenregelung mit einwandfreier ärztlicher Anleitung und Indikation ist im Zusammenwirken mit sozialpolitischen Maßnahmen die zweckmäßigste Vorbeugung gegen die Misere des legalen und illegalen Abortes. "

Harmsen (in 52): " Aus sozialhygienischen wie humanitären Gesichtspunkten ist der Vorbeugung unerwünschter Empfängnisse unsere besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. "

Weitere Befürworter einer wirksamen Kontrazeption zur Lösung des Abortproblemes sind Harrison (29) und Heiss (31).

Da die Methode nach Knaus-Ogino zur Schwangerschaftsverhütung nicht unbedingt zuverlässig sei, empfiehlt Dourlen-

Rollier (in 52) Kontrazeptiva als das wirksamste Mittel in der Bekämpfung des Abortes.

Mit der Einführung der oralen Kontrazeptiva ist zweifellos eine einfache und sichere Methode zur Schwangerschaftsverhütung gegeben. Trotzdem bestehen Stimmen, die daran zweifeln, gleichzeitig damit auch ein wirksames Mittel gegen die Abtreibung in der Hand zu haben. So wird in der 1964 abgefaßten sogenannten " Ulmer Denkschrift " (73) die Idee, die Abtreibungsseuche durch öffentliche Propaganda für " Anti-Baby-Pillen " oder gar durch Fernseh- und Schulaufklärung zu bekämpfen, als ein geistiger Kurzschluß bezeichnet, der Ursache und Wirkung verwechsele. Gerade diese Propaganda sei ein Teil der öffentlichen Sexualisierung, die für die Abtreibung mit verantwortlich gemacht wird. Darum stelle diese " Hilfe " die übelste Form einer symptomatischen Therapie dar, die das Grundleiden vergrößere, indem sie seine Symptome zu bekämpfen suche.

d'Ernst (20) lehnt die Ovulationshemmer nur bedingt ab: " Die unverantwortliche Anwendung der oralen Kontrazeptiva sollte bei Jugendlichen streng verpönt sein, damit die Jugend nicht völlig unkontrolliert ihrem Sexualtrieb nachgeben kann und einem völligem Sittenverfall preisgegeben ist. Die orale Kontrazeption ist kein Ersatz für eine weitgehende offene Aufklärung der Jugendlichen. " Er räumt jedoch ein, daß bei Vielgebärenden die orale Kontrazeption eine Lösung vieler familiärer Probleme biete.

August Mayer (49) hält der Vorstellung, daß man mit Hilfe der Ovulationshemmer der gesundheits- und lebensgefährlichen Abtreibung vorbeugen könne, entgegen, daß es statistische Unterlagen für die Häufigkeit der Abtreibung gar nicht gebe, da die Abtreibungen allermeistens völlig unbekannt bleiben würden.

Gerade in der letzten Zeit wird jedoch über einen Rückgang der Aborte berichtet, wobei die Ursache dafür in einer zunehmenden Anwendung der Ovulationshemmer zu suchen sei. So

teilt Harmsen (28) 1966 mit, daß die Zahl der in Fachpraxen behandelten Aborte seit der häufigeren Verordnung der " Pille " offenbar rückläufig sei. Ebenso berichtet Schultze (67) 1967 über Umfragen bei zahlreichen Haus- und sämtlichen Fachärzten der Stadt Bremerhaven, wobei erfahren worden sei, daß die Zahl der Abortus-Fälle, die draußen behandelt wurden, in den letzten Jahren - vor allem seit der Einführung der Anti-Baby-Pille - stark abgenommen habe.

Süßmann (71) stellt 1968 fest, daß die Geburtenrate in der BRD im Vergleich 1961 gegenüber 1966 eher im Zunehmen begriffen sei, daß jedoch die Zahl der Aborte erheblich abgenommen habe. Er konnte in seiner Praxis einen deutlichen Rückgang der Aborthäufigkeit feststellen, der sicher auf den hundertprozentigen Konzeptionsschutz, der durch die oralen Kontrazeptiva gewährleistet würde, zurückzuführen sei.

Ebenso wie Süßmann und Schultze sieht Döring (18) im Absinken der Fehlgeburten und Abtreibungen einen Erfolg des Konzeptionsschutzes durch Ovulationshemmer: " Da es seit Einführung der Ovulationshemmer erstmals ein 100 % zuverlässiges Mittel der Empfängnisregelung gibt, war vorherzusehen, daß mit zunehmender Verbreitung der " Pille " die Zahl der Abtreibungen absinken würde. Das ist auch tatsächlich seit 1 - 2 Jahren deutlich festzustellen. Aus gynäkologischen Fachpraxen wird über eine deutliche Abnahme der Fälle berichtet, die wegen eines artefiziellen Abortes klinischer Nachbehandlung bedürfen. Das gilt vor allem für Praxen, in denen nach Geburten und Aborten alle Frauen über den Nutzen der Familienplanung aufgeklärt werden und als Maßnahme für die zeitweilige Empfängnisverhütung in erster Linie Ovulationshemmer verordnet werden. Gleichzeitig ist in den Frauenkliniken die Zahl der fieberhaften Aborte (Abtreibungen) zurückgegangen.

Dieses hoch erfreuliche Resultat ist ohne Zweifel die Folge der in den letzten Jahren zunehmenden Mitarbeit der Ärzte in der Praxis bei der Aufklärung über zuverlässige Kontrazeptiva. Die Zahl der Frauen, die zum Zwecke der Empfängnis-

verhütung Ovulationshemmer nehmen, beträgt zur Zeit in der BRD etwa 2 Millionen und diese Zahl hat eindeutig eine steigende Tendenz. Diese Entwicklung läßt auf einen weiteren Rückgang der Abtreibungszahlen und ihre üblen Folgen hoffen. "

## C MATERIAL UND METHODIK

Das Untersuchungsmaterial besteht aus den Krankenjournalen aller Patientinnen, die während der Jahre 1959 bis 1961 und 1966 bis 1968 wegen einer Fehlgeburt an der UFK Tübingen zur stationären Aufnahme kamen. Diese beiden Jahrgangsgruppen wurden ausgewählt, um einen Vergleich von zwei gleich großen Zeiträumen zu erhalten. Dabei sind die Jahrgänge 1966 bis 1968 die letzten erfaßbaren Jahre, während die Jahre 1959 bis 1961 die letzten drei Jahre vor Erscheinen der Ovulationshemmer auf dem deutschen Markt (Juli 1961) sind.

Zur Auswertung der Krankenjournale wurde ein Erhebungsbogen aufgestellt. In diesen Erhebungsbogen wurden mittels eines Zahlenschlüssels die wichtigsten Daten übertragen. Die Daten der Erhebungsbögen wurden wiederum auf Lochkarten übernommen, deren Auswertung dann über eine IBM-Sortiermaschine erfolgte.

Das gesamte Material besteht aus 2120 Abortfällen. Darunter befinden sich 142 ausländische Patientinnen. Während der Jahrgänge 1959 bis 1961 waren es aber nur 23 Ausländerinnen gegenüber 119 in den Jahren 1966 bis 1968. Dieser Unterschied ist bedingt durch die in der Zwischenzeit erfolgte stärkere Zunahme des Anteils der Gastarbeiterinnen an der Gesamtbevölkerung. Um einen dadurch verursachten Fehler zu vermeiden, wurden bei der Auswertung des Materials die Ausländerinnen nicht berücksichtigt. Es setzt sich somit das bearbeitete Abortgut aus den restlichen 1978 deutschen Abortpatientinnen zusammen.

Als Fehlgeburten wurden alle Fruchtabgänge bis einschliesslich der 28. Woche erfaßt, aber auch noch die Fälle, bei denen die Dauer der Schwangerschaft länger anhielt, es sich aber um verhaltene Fehlgeburten handelte und nicht um Totgeburten. Ausserdem wurden die Fälle erfaßt, bei denen die Diagnose Abortus imminens lautete ohne Berücksichtigung des weiteren Verlaufes der Schwangerschaft.

Einen Überblick über die Häufigkeit der einzelnen Verlaufsformen der Fehlgeburten gibt Tabelle 4.

Tabelle 4:

| Art der Fehlgeburt | Anzahl | % |
|---|---|---|
| Ab. imminens | 365 | 18,44 |
| Ab. incipiens | 99 | 5,01 |
| Ab. progrediens | 45 | 2,28 |
| Ab. incompletus | 1230 | 62,18 |
| Ab. completus | 47 | 2,38 |
| missed abortion | 155 | 7,84 |
| Septischer Abort | 16 | 0,81 |
| Sonstige | 21 | 1,06 |
| Summe | 1978 | 100,00 |

Unter der Bezeichnung " Sonstige " sind die Fälle aufgeführt, bei denen keine der anderen Diagnosen angegeben wurden. Es sind:

15 Blasenmolen
1 Breuss'sche Hämatomole
1 Hydrops universalis bei Rh-Inkompatibilität
1 Spontangeburt nach Ablassen des Fruchtwassers bei akutem Hydramnion
1 vorzeitige Lösung nach akutem Hydramnion
1 vorzeitige Lösung mit Afibrinogenämie

und ein Kasus von Seifenspülung bei vermuteter Schwangerschaft, ohne daß eine Schwangerschaft nachgewiesen werden konnte.

Am häufigsten wurde die Diagnose Abortus incompletus gestellt (62,18 %). Mit großem Abstand folgen die Fälle, die als Abortus imminens zur stationären Aufnahme kamen.

Tabelle 5 gibt die Verteilung der Fehlgeburten nach dem Schwangerschaftsalter an.

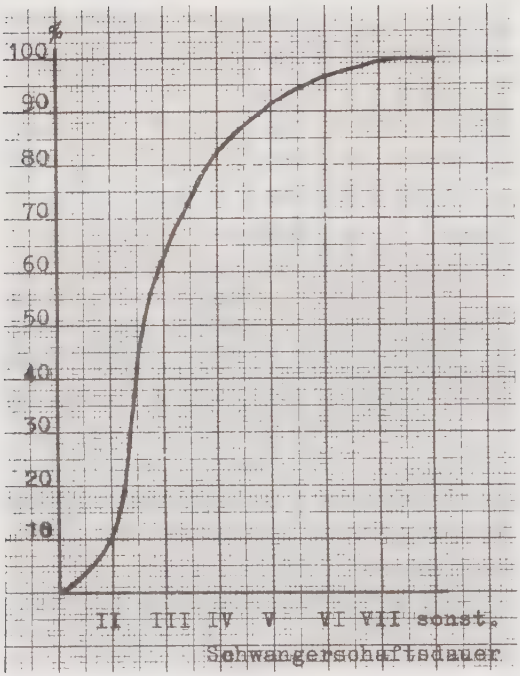
Tabelle 5: Schwangerschaftsdauer

| Mens | Anzahl | % | Prozentsumme |
|---|---|---|---|
| I | 222 | 11,22 | 11,22 |
| II-III | 278 | 14,05 | 25,28 |
| III | 725 | 36,65 | 61,93 |
| III-IV | 132 | 6,67 | 68,60 |
| IV | 265 | 13,40 | 82,00 |
| IV-V | 59 | 2,98 | 84,98 |
| V | 130 | 6,57 | 91,56 |
| V-VI | 21 | 1,06 | 92,62 |
| VI | 80 | 4,04 | 96,66 |
| VII | 53 | 2,68 | 99,34 |
| sonst. | 13 | 0,66 | 100,00 |
| Summe | 1978 | 99,98 | |

In den Journalen wurde nicht immer das genaue Schwangerschaftsalter angegeben, sondern sie enthielten oft nur ungefähre Angaben wie Mens II-III, III-IV, IV-V oder V-VI. Unter " Sonstige " sind die verhaltenen Fehlgeburten aufgeführt, die erst nach der 28. Woche ausgestoßen wurden, sowie der eine Fall von Seifenspülung bei vermuteter Schwangerschaft.

Am häufigsten erfolgten die Fehlgeburten im 3. Schwangerschaftsmonat.

Abb. 1: Prozentsummenverteilung der Fehlgeburten nach Schwangerschaftsalter.



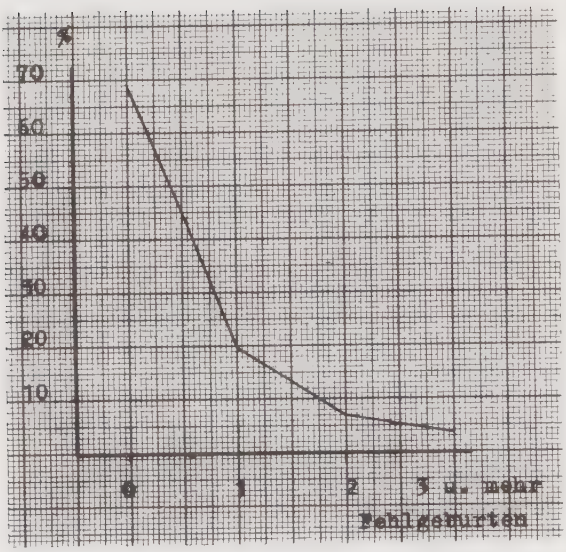
Die Prozentsummenverteilung (Abb.1) ergibt, daß bis zum 3. Schwangerschaftsmonat einschließlich schon mehr als die Hälfte aller Aborte eingetreten sind. Dieses Ergebnis stimmt mit den meisten Angaben im Schrifttum überein, wonach die Fehlgeburten meist im 3. Schwangerschaftsmonat erfolgen (4,17,30, [illegible]).

In Tabelle 6 sind die Fehlgeburten, die dem erfaßten Abort vorausgingen, angegeben. Zum Vergleich sind daneben die Ergebnisse von Behrens (6) und Bauer (4) aufgeführt.

Tabelle 6: Vorausgegangene Fehlgeburten

| Fehlgeb. | Anzahl | % | Behrens | Bauer |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1367 | 69,11 | 66,0 % | 59,2 % |
| 1 | 393 | 19,87 | 23,4 % | 21,5 % |
| 2 | 139 | 7,03 | 6,4 % | 12,8 % |
| 3 | 49 | 2,48 | 2,1 % | 4,3 % |
| 4 | 18 | 0,91 | 0,5 % | 1,6 % |
| 5 | 8 | 0,40 | 0,4 % | 0,1 % |
| 6 | 3 | 0,15 | 0,1 % | 0,3 % |
| 7 | 1 | 0,05 | 0,1 % | 0,2 % |
| Summe | 1978 | 100,00 | 100,00 % | 100,00 % |

Abb. 2: Vorausgegangene Fehlgeburten.



Bei fast 70,0 % der Fälle handelt es sich um die erste Fehlgeburt. Aus der vergleichenden Darstellung geht hervor, daß Bauer und Behrens ähnliche Verhältnisse vorfanden, ebenso wie keine wesentlichen Unterschiede bei Köhn (41) bestehen, die folgendes Ergebnis angibt:

Tabelle 7: Vorausgegangene Fehlgeburten

| 0 | 1 - 2 | 3 - 4 | 4 u. mehr |
|---|---|---|---|
| 64% | 28,6% | 5,2% | 2,1% |

Die größte Schwierigkeit bei der Aufbereitung des Materials bestand in der alternativen Entscheidung Abtreibung - Spontanabort.

Es haben insgesamt nur 50 Patientinnen (47 Deutsche, 3 Ausländerinnen) eine Maßnahme zur Abtreibung eingestanden. Da aber anzunehmen ist, daß in vielen Fällen von Abtreibung die Frauen einen Eingriff verheimlicht haben, mußten Kriterien herangezogen werden, um die Abortfälle herauszufinden, bei denen eine Abtreibung vermutet werden kann. Im Schrifttum bestehen bei den verschiedenen Autoren unterschiedliche Maßstäbe in der Beurteilung einer Fehlgeburt nach diesem Gesichtspunkt. Es werden aber immer wieder Fieber und ein entzündlicher Genitalbefund als Kriterien, die für eine Abtreibung sprechen, herangezogen. (4,8,11,15,17,18,30,32, 35,45,50,52,62)

Um einen ungefähren Anhalt über den Anteil der Abtreibungen zu erhalten, erfolgte deshalb eine Einteilung der Fehlgeburten in zwei Gruppen. Dabei sind in die Gruppe I alle Fälle aufgenommen worden, die eine Abtreibungsmaßnahme zugegeben haben und bei denen ein Hinweis auf eine Abtreibung vorliegt. Als ein solcher Hinweis werden angesehen:

1. Fieber
2. entzündlicher Genitalbefund

Als fieberhafte Aborte gelten die Fälle, die bei der statio-

nären Aufnahme Temperaturen von 38°C und mehr rektal aufwiesen (4,6,41,48,61,64), oder bei denen eine anamnestische Angabe über Fieber kurz vor der stationären Aufnahme vorhanden war. Ausgenommen davon wurden Fälle, bei denen eine andere Erkrankung als Ursache für die Temperaturerhöhung gefunden werden konnte, wobei es sich meist um Anginen oder fieberhafte Infekte der Luftwege handelte.

Zu den Patientinnen mit entzündlichem Genitalbefund zählen alle diejenigen, die bei der gynäkologischen Aufnahmeuntersuchung einen der folgenden Befunde aufwiesen:

Uterusdruckempfindlichkeit,
druckempfindliche Adnexe,
positive Head'sche Zonen,
Parametritis,
Portioschiebeschmerz,
Douglasdruckschmerz,
Pelveoperitonitis,
Peritonitis.

Alle übrigen Fälle mit keinem der angeführten Hinweise auf eine Abtreibung werden in der Gruppe II zusammengefaßt.

Bei der Beurteilung eines Falles nach seiner Zugehörigkeit zur Gruppe I wurde nicht berücksichtigt, ob es sich auch um einen Spontanabort hätte handeln können. So erfolgte auch bei den Abortiveiern oder bei Fällen mit nicht entzündlichem pathologischen Genitalbefund, der als Abortursache hätte angesehen werden können, die Einteilung nach den oben angegebenen Gesichtspunkten. Es besteht ja auch die Möglichkeit eines Abtreibungsversuches am ungeeigneten Objekt, wie bei der einen Patientin, die glaubte, trotz der Einnahme von Ovulationshemmern schwanger geworden zu sein und deshalb eine Seifenspülung durchführte, ohne daß sich nachher eine Schwangerschaft nachweisen ließ.

Auf Grund dieser Einteilung besteht nun die Annahme, daß sich die Mehrzahl der vérheimlichten Abtreibungen in der Gruppe I befinden. Diese Annahme wird bekräftigt durch das

Ergebnis einer auf die gleiche Weise vorgenommenen Aufteilung der 50 Fälle mit zugegebener Abtreibung. Von diesen 50 Patientinnen hatten 40 Fieber oder einen entzündlichen Genitalbefund oder beides und nur bei 10 verlief die Fehlgeburt ohne einen pathologischen Befund dieser Art. Es muß aber trotzdem betont werden, daß diese Einteilung nur einen ungefähren Anhalt über die Häufigkeit der Abtreibungen geben kann.

Eine weitere Aufteilung des Abortmaterials erfolgte nach dem Wohnort der Patientinnen und seiner Einwohnerzahl, nach dem Familienstand und dem Alter der Patientinnen, nach der Anzahl der bereits vorhandenen Kinder bei den Verheirateten sowie nach Beruf und Konfession.

Die Anordnung der Tabellen wurde dann nach Jahrgängen vorgenommen, wobei die Jahrgänge 1959 - 1961 die Jahrgangsgruppe A bilden, die Jahre 1966 - 1968 die Jahrgangsgruppe B. In den Abbildungen wird die Gruppe I durch den mit Querstrichen versehenen Teil der Säulen von der Gesamtzahl der Fehlgeburten abgehoben.

# D EIGENE ERGEBNISSE

## I Deutsche Abortpatientinnen (Gesamtzahl)

Tabelle 8: Deutsche Abortpatientinnen

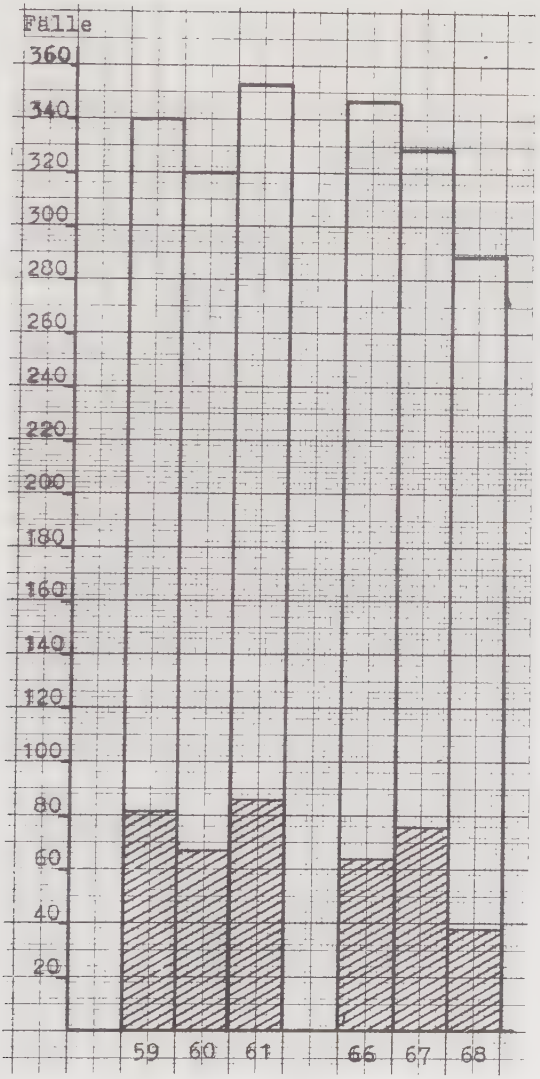
Jahrgangsgruppe A:

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 82 | 258 | 340 | 24,12 |
| 1960 | 67 | 253 | 320 | 20,94 |
| 1961 | 86 | 267 | 353 | 24,36 |
| Summe | 235 | 778 | 1013 | 23,20 |

Jahrgangsgruppe B:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1966 | 64 | 283 | 347 | 18,44 |
| 1967 | 76 | 253 | 329 | 23,10 |
| 1968 | 38 | 251 | 289 | 13,15 |
| Summe | 178 | 787 | 965 | 18,45 |

Abb. [illegible] Geburten bortpatientinnen
(zu [illegible])



Beschreibung der Ergebnisse

Die Häufigkeit der Fehlgeburten ist von 1013 in der Jahrgangsgruppe A auf 965 in der Jahrgangsgruppe B gering zurückgegangen. Die Abortfrequenz schwankt von 1959 - 1961 zwischen 340, 320 und 353 Fällen. Von 1966 - 1968 ist jedoch eine Abnahme zu verzeichnen mit einer geringsten Häufigkeit im Jahre 1968.

Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen (Gruppe I) ist von 23,2 % in der Jahrgangsgruppe A auf 18,45 % in der Jahrgangsgruppe B zurückgegangen. Die Häufigkeit der wahrscheinlichen Abtreibungen liegt mit 64 (1966) bzw. 76 (1967) noch im Bereich der Werte von 1959 - 1961. Im Jahre 1968 haben dagegen die wahrscheinlich provozierten Aborte um die Hälfte gegenüber 1967 abgenommen. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Fehlgeburten im Jahre 1968 beträgt nur 13,15 % gegenüber 18,44 % (1966) und 23,1 %.

Diskussion

Auf Grund des niedrigen Anteils der Fehlgeburten, die mit Fieber oder entzündlichem Genitalbefund einhergehen, ist anzunehmen, daß an der UFK Tübingen die Fehlgeburten meist spontanaborte sind. Der gleichen Meinung ist Bauer (4), der an der UFK Tübingen in den Jahren 1936 - 1940 nur 13,5 % fieberhafte Aborte fand. Vergleichbare Angaben finden sich bei Schultze (66,67). Er gibt den Anteil der Abtreibungen 1941 mit 21,7 % an, 1965 - 1966 mit 28,6 %.

Das Absinken der Fehlgeburten im Jahre 1968 ist hauptsächlich bedingt durch den starken Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungen und zweifellos eine Folge der Anwendung von Ovulationshemmern. Dagegen ist ein solcher Einfluß auf die Fehlgeburtenrate und Abtreibungsziffer der Jahre 1966 und 1967 nicht eindeutig festzustellen, da noch in diesen Jahren die Anzahl der wahrscheinlichen Abtreibungen ihren Häufigkeiten in der Jahrgangsgruppe A entspricht. Lediglich für die seit 1966 feststellbare Tendenz zur Abnahme der Fehlgeburten könnte die " Pille " als Ursache angesehen werden. Demnach scheint erst in den letzten 1 - 2 Jahren die Anwendung von Ovulationshemmern in einer breiteren Bevölkerungsschicht üblich geworden zu sein, wobei die Illustrierten mit ihren gerade in dieser Zeit immer zahlreicheren Artikeln über Themen zur Sexualität sicherlich zu einer umfassenden Aufklärung weiter Bevölkerungskreise beigetragen und somit auch die Kenntnis über die Anwendung und Wirkungsweise von Ovulationshemmern verbreitet haben.

Die Anzahl der deutschen Patientinnen, die eine Abtreibungsmaßnahme vorgenommen haben, ist zu gering, um daraus auf einen tatsächlichen Rückgang der Abtreibungen schließen zu können. (Tab. 1)

Tabelle 9: Zugegebene Abtreibungen

| Jahrgangsgruppe A | | Jahrgangsgruppe B | |
|---|---|---|---|
| 1959 | 5 | 1966 | 7 |
| 1960 | 6 | 1967 | 13 |
| 1961 | 11 | 1968 | 5 |
| | 22 | | 25 |

Die Kriminalstatistik von Baden Württemberg (Tab. 10 und Abb. 3) weist dagegen schon seit 1962 einen sehr starken Rückgang der wegen Selbst- und Fremdabtreibung verurteilten Personen auf, woraus man ebenfalls auf einen Erfolg der oralen Kontrazeptiva bei der Bekämpfung der Abtreibung folgern kann.

Tabelle 10: Verurteilungen wegen Selbst- und Fremdabtreibung nach allgemeinem und Jugendstrafrecht in Baden Württemberg.

| Jahr | Verurteilte |
|---|---|
| 1959 | 740 |
| 1960 | 539 |
| 1961 | 640 |
| 1962 | 478 |
| 1963 | 452 |
| 1964 | 384 |
| 1965 | 263 |
| 1966 | 153 |
| 1967 | 126 |
| 1968 | |

Aus: Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Baden Württemberg. Bevölkerung und Kultur. Verurteilte in den Landgerichtsbezirken.

Abb.3: Wegen Selbst- und Fremdabtreibung in Baden-Württemberg Verurteilte (zu Tab. 10).

längst nicht alle Frauen mit unerwünschter Schwangerschaft beseitigen oder ließen diese beseitigen, sondern hätten das Kind ausgetragen. Da aber jetzt Ovulationshemmer immer mehr zur Empfängnisverhütung angewendet werden, ist anzunehmen, daß insgesamt weniger Schwangerschaften zustande kommen. Somit muß nicht nur ein Rückgang der Abtreibungen sondern auch der Spontanaborte und vor allem der Geburten erfolgen. Tatsächlich ist auch die Geburtenentwicklung in Baden Württemberg und der BRD seit 1966 rückläufig, bezogen auf die mittlere Bevölkerung sogar schon seit 1963. 1968 ist die Geburtenzahl auf den Stand von 1960 abgesunken. (Tab.11 und Abb.4). Im Kreis Tübingen erreicht die Geburtenzahl im Jahre 1967 ein Maximum, fällt jedoch 1968 auf den Stand von 1962 zurück. Diese Entwicklung der Geburtenfrequenz im Kreis Tübingen entspricht genau dem Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle im Jahre 1968

Tabelle 11: Lebendgeborene (jeweils Stand am 31.12.)

| Jahr | Landkreis Tübingen | Baden Württemberg | BRD |
|---|---|---|---|
| 1959 | 2 214 (18,6) | 140 842 (18,8) | 951 942 (17,3) |
| 1960 | 2 264 (18,5) | 145 353 (19,0) | 968 629 (17,4) |
| 1961 | 2 461 (20,0) | 152 487 (19,7) | 1 012 687 (18,0) |
| 1962 | 2 471 (19,0) | 154 047 (19,4) | 1 018 552 (17,9) |
| 1963 | 2 596 (19,8) | 158 750 (19,7) | 1 054 123 (18,3) |
| 1964 | 2 680 (20,1) | 160 988 (19,6) | 1 065 437 (18,2) |
| 1965 | 2 582 (18,9) | 158 742 (19,0) | 1 044 328 (17,7) |
| 1966 | 2 672 (19,2) | 160 802 (18,9) | 1 050 345 (17,6) |
| 1967 | 2 705 (19,1) | 155 617 (18,2) | 1 019 459 (17,0) |
| 1968 | 2 475 | 147 961 (17,1) | 969 840 (16,1) |

Lebendgeborene auf 1000 der mittleren Bevölkerung in Klammern.
Aus: Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Baden Württemberg. Bevölkerung und Kultur. Natürliche Bevölkerungsbewegung.

Abb.4: Lebendgeborene auf 1000 der mittleren Bevölkerung.

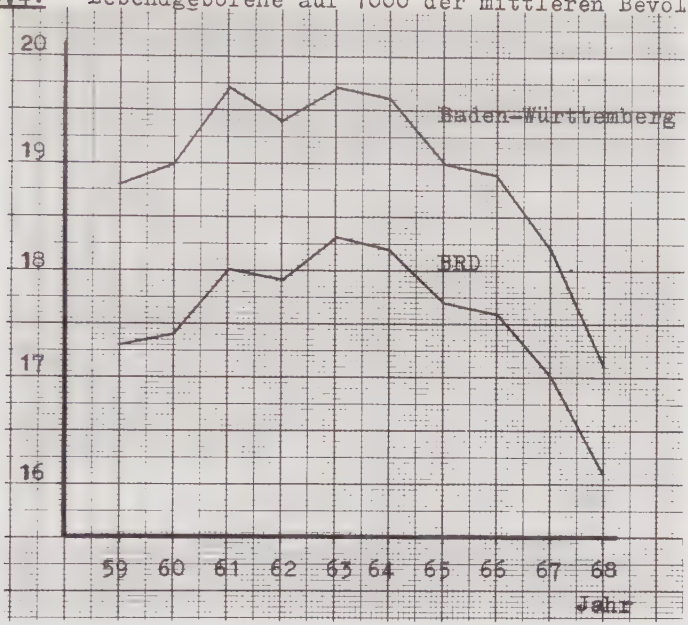



Tabelle 12: Sämtliche Geburten und Aborte an der Universitätsfrauenklinik Tübingen

| Jahr | Geburten | Aborte | Ab.auf 100 Geb. | Geb.auf 1 Ab. |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 1941 | 343 | 17,67 | 5,66 |
| 1960 | 2005 | 332 | 16,56 | 6,04 |
| 1961 | 2237 | 361 | 16,14 | 6,20 |
| Summe | 6183 | 1036 | 16,76 | 5,97 |
| 1966 | 2744 | 400 | 14,58 | 6,86 |
| 1967 | 2663 | 366 | 13,74 | 7,28 |
| 1968 | 2430 | 318 | 13,09 | 7,64 |
| Summe | 7837 | 1084 | 13,83 | 7,23 |

Die Geburtenfrequenz (Lebend- und Totgeburten deutscher und ausländischer Frauen) an der UFK Tübingen (Tab.12) ist im Jahre 1966 am höchsten ebenso wie die Aborthäufigkeit. Sowohl die Geburten- als auch die Fehlgeburtenfrequenz nimmt bis 1968 ab. Jedoch ist bei den Fehlgeburten ein verhältnismäßig stärkerer Rückgang zu verzeichnen, da 1968 nur 13,09 Fehlgeburten auf 100 Geburten entfallen gegenüber 14,58 im Jahre 1966. Allerdings zeichnet sich dieser Rückgang auch schon 1959 bis 1961 ab. In der Jahrgangsgruppe A kommen noch 16,76 in der Jahrgangsgruppe B aber nur noch 13,73 Fehlgeburten auf 100 Geburten. Dieser verhältnismäßig stärkere Rückgang der Fehlgeburten könnte als ein Hinweis auf einen größeren Einfluss der Ovulationshemmer auf die Fehlgeburten angesehen werden, wenn sich diese Tendenz nicht auch schon vor Einführung der " Pille " abzeichnen würde.

Der Quotient Abort zu Geburt wie 1:5,97 bzw. 1:7,23 liegt im Bereich der im Schrifttum der jüngeren Zeit gefundenen Angaben. So findet Behrens (6) 1960 - 1962 für Celle ein Verhältnis von 1:5-6, Cloeren und Mall-Haefeli (15) 1960 - 1963 für Basel 1:8, Hörmann (36) 1964 an der UFK Kiel 1:7, Schultze (67,68) in Bremerhaven 1964 - 1965 1:3,8 und 1967 1:4,5, Hofmann (35) gibt den Quotient mit 1:5,5 bis 1:7,1 an, Jung (37) mit 1:3,7 bis 1:4,9.

## II Herkunft der Patientinnen

Die Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Herkunft der Patientinnen während aller beobachteten Jahrgänge.

Tabelle 13: Herkunft der Patientinnen.

| | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| Stadt Tübingen | 144 | 409 | 553 (27,96%) | 26,04 |
| Landkr. Tübingen | 172 | 662 | 834 (42,16%) | 20,62 |
| andere Gemeinden | 97 | 494 | 591 (29,88%) | 16,41 |
| Summe | 413 | 1565 | 1978 (100,00%) | |

Die Abortpatientinnen stammen zum größten Teil aus dem Landkreis Tübingen einschließlich der Stadt Tübingen (70,12 %), die restlichen 29,88 % kommen aus Gemeinden außerhalb des Landkreises Tübingen. Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen liegt bei den Patientinnen aus der Stadt Tübingen mit 26,04 % am höchsten, für die Patientinnen aus Gemeinden außerhalb des Landkreises Tübingen mit 16,41 % am niedrigsten.

Über die Größe der Gemeinden aus denen die Patientinnen stammen gibt Tabelle 14 Auskunft.

Tabelle 14: Gemeindengröße.

| Einwohnerzahl | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| -5000 | 180 | 821 | 1001 (50,61%) | 17,98 |
| 5000-25000 | 72 | 273 | 345 (17,44%) | 20,87 |
| 25000- | 161 | 471 | 632 (31,95%) | 25,47 |
| Summe | 413 | 1565 | 1978 (100,00%) | |

Die Hälfte der Patientinnen wohnt in Ortschaften mit weniger als 5000 Einwohner und nur 31,95 % in Ortschaften über 25 000 Einwohner, wobei es sich hauptsächlich um Frauen aus der Stadt Tübingen, sowie noch einigen aus Reutlingen, Böblingen, Sindelfingen und Stuttgart handelt. Mit Zunahme der Gemeindegrößenklasse ist auch eine Zunahme des Anteils der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle zu verzeichnen.

Tabelle 15: Patientinnen aus Gemeinden außerhalb des Landkreis Tübingen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 23 | 96 | 119 | 19,33 |
| 1960 | 14 | 87 | 101 | 13,86 |
| 1961 | 20 | 96 | 116 | 17,24 |
| Summe | 57 | 279 | 336 | 16,96 |

Jahrgangsgruppe B

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1966 | 13 | 86 | 99 | 13,13 |
| 1967 | 18 | 66 | 84 | 21,43 |
| 1968 | 9 | 63 | 72 | 12,50 |
| Summe | 40 | 215 | 255 | 15,69 |

Tabelle 16: Patientinnen aus Gemeinden des Landkreis Tübingen ohne die Stadt Tübingen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 39 | 95 | 134 | 20,10 |
| 1960 | 29 | 107 | 136 | 21,32 |
| 1961 | 34 | 116 | 150 | 22,67 |
| Summe | 102 | 318 | 420 | 24,29 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 24 | 105 | 129 | 18,60 |
| 1967 | 31 | 110 | 141 | 21,99 |
| 1968 | 15 | 129 | 144 | 10,42 |
| Summe | 70 | 344 | 414 | 16,91 |

Tabelle 17: Patientinnen aus der Stadt Tübingen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 20 | 67 | 87 | 22,99 |
| 1960 | 24 | 59 | 83 | 28,92 |
| 1961 | 32 | 55 | 87 | 36,78 |
| Summe | 76 | 181 | 257 | 29,57 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 27 | 92 | 119 | 22,69 |
| 1967 | 27 | 77 | 104 | 25,96 |
| 1968 | 14 | 59 | 73 | 19,18 |
| Summe | 68 | 228 | 296 | 22,97 |

Abb.5: Patientinnen aus Gemeinden außerhalb des Landkreises Tübingen (zu Tab.15).

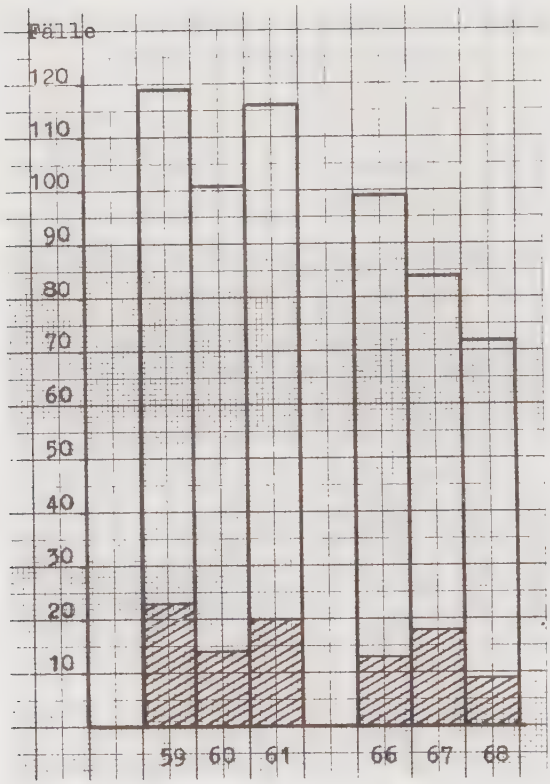


Abb.6: Patientinnen aus Gemeinden des Landkreises Tübingen ohne die Stadt Tübingen (zu Tab.16).

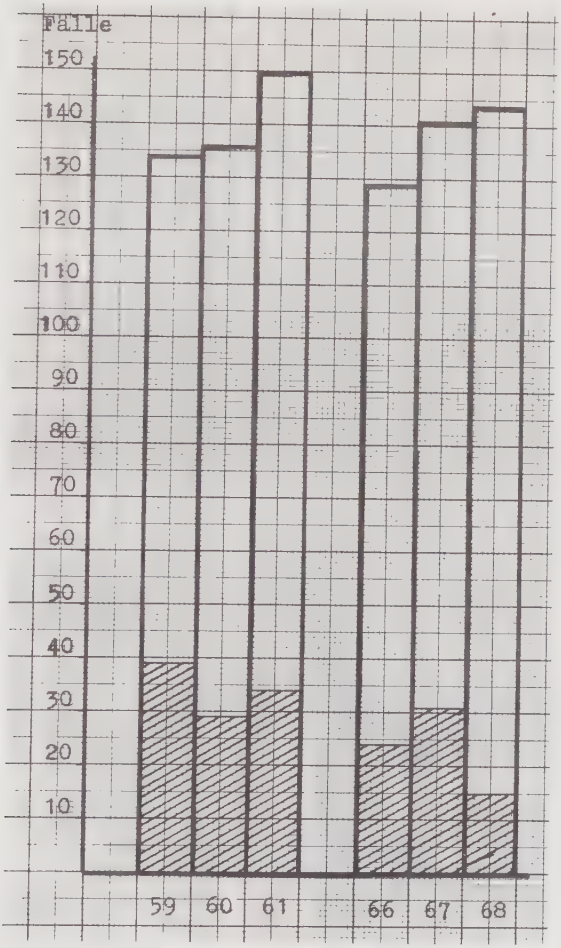


Abb.7: Patientinnen aus der Stadt Tübingen (zu Tab. 17).

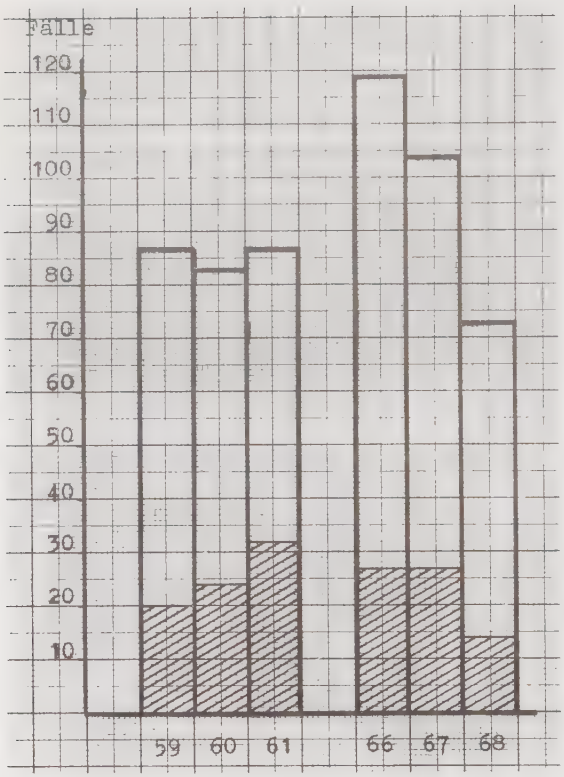
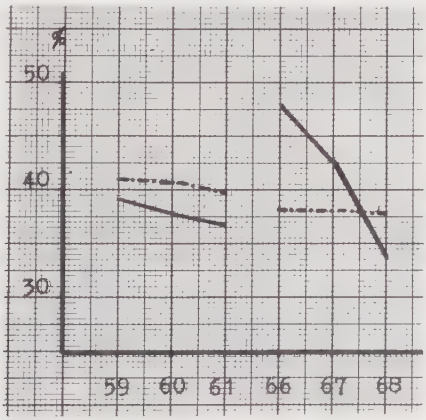


Tabelle 18: Verteilung der Patientinnen des Landkreises Tübingen auf die Stadt Tübingen und die Kreisgemeinden. Zum Vergleich dazu ist der Anteil der Einwohner Tübingens an der Einwohnerzahl des gesamten Kreises angegeben.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Pat.aus Tübingen Kreis | Stadt | Gesamtzahl | Pat.aus der Stadt Tübingen in % der Gesamtzahl | Anteil der Einwohner Tübingens |
|---|---|---|---|---|---|
| 1959 | 134 | 87 | 221 | 39,37 | 40,93 |
| 1960 | 136 | 83 | 219 | 37,90 | 40,75 |
| 1961 | 150 | 87 | 237 | 36,71 | 39,92 |
| Summe | 420 | 257 | 677 | 37,96 | |
| Jahrgangsgruppe B | | | | | |
| 1966 | 129 | 119 | 248 | 47,98 | 38,15 |
| 1967 | 141 | 104 | 245 | 42,45 | 38,15 |
| 1968 | 144 | 73 | 217 | 33,64 | 37,89 |
| Summe | 414 | 296 | 710 | 41,69 | |

Abb.8: Anteil der Patientinnen aus der Stadt Tübingen und Anteil der Einwohner Tübingens jeweils an der Gesamtzahl des Landkreises (zu Tab.18).



Beschreibung der Ergebnisse

Die Fehlgeburtenhäufigkeit von Patientinnen, die ihren Wohnsitz nicht im Landkreis Tübingen oder der Stadt Tübingen haben (Tab.15), ist von 336 in der Jahrgangsgruppe A auf 255 in der Jahrgangsgruppe B deutlich zurückgegangen. Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen hat aber nur gering abgenommen. In der Jahrgangsgruppe A schwankt die Fehlgeburtenhäufigkeit zwischen 119 (1959), 101 (1960) und 116 (1961), dagegen ist in der Jahrgangsgruppe B von Jahr zu Jahr ein Rückgang der Fehlgeburten zu verzeichnen. Die Häufigkeit der wahrscheinlichen Abtreibungen ist im Jahre 1968 am niedrigsten, während 1966 und 1967 ihre Frequenz noch der in den Jahren 1959 bis 1961 entspricht. Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen ist sogar 1967 am höchsten, 1968 dagegen mit 12,5 % am niedrigsten. Jedoch liegt dieser Wert nur gering niedriger als der von 1966 und 1960.

Die Häufigkeit der aus den Gemeinden des Landkreises Tübingen (ausgenommen die Stadt Tübingen) kommenden Abortpatientinnen (Tab.16), ist in beiden Jahrgangsgruppen etwa gleich groß. Sowohl in der Jahrgangsgruppe A als auch in der Jahrgangsgruppe B nehmen jedoch die Fehlgeburten von Jahr zu Jahr zu. Die wahrscheinlichen Abtreibungen sind von 102 (1959-1961) auf 70 (1966-1968) deutlich zurückgegangen - hauptsächlich bedingt durch den Rückgang im Jahre 1968. Ebenso liegt der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 mit nur 10,42 % deutlich niedriger als in den anderen Jahren, während 1966 und 1967 die Werte noch im Bereich der von 1959 bis 1961 liegen.

Für den Stadtbezirk Tübingen (Tab.17) ergibt sich eine Zunahme der Fehlgeburten in der Jahrgangsgruppe B mit 296 Fällen gegenüber der Jahrgangsgruppe A mit 257 Fällen und eine Abnahme des Anteils der Fehlgeburten in der Gruppe I von 29,57 % (1959-1961) auf 22,97 % (1966-1968). Die Fehlgeburtenfrequenz in der Jahrgangsgruppe A differiert nur gering zwischen den einzelnen Jahren, jedoch findet sich eine Zunahme des Anteils

der wahrscheinlichen Abtreibungen von 22,99 % (1959) über 28,92 % (1960) auf 36,78 % (1961). In der Jahrgangsgruppe B gehen die Fehlgeburten von 119 (1966) über 104 (1967) bis 73 (1968) deutlich zurück. 1968 sind nur halb so viele wahrscheinliche Abtreibungen zur stationären Aufnahme gekommen als jeweils in den beiden vorhergehenden Jahren. Auch ist der Anteil der verdächtigen Fälle im Jahre 1968 niedriger als in allen anderen erfaßten Jahren.

Der Anteil der Tübinger Abortpatientinnen an der Gesamtzahl der aus dem Landkreis Tübingen stammenden Patientinnen ist aus Tabelle 18 ersichtlich. Im Vergleich dazu wird noch der prozentuale Anteil der Einwohner Tübingens an der Einwohnerzahl des Landkreises Tübingen angegeben.

In den Jahrgängen 1959 - 1961 liegen die Verhältniszahlen etwa in der gleichen Größenordnung. Sowohl für den Anteil der Fehlgeburten als auch der Einwohnerzahl der Stadt Tübingen ist ein Rückgang etwa gleichen Ausmaßes festzustellen. 1966 beträgt der Anteil der Tübinger Abortpatientinnen 47,98 % und liegt somit deutlich höher als in allen anderen Jahrgängen. Dagegen hat der Prozentsatz der Einwohnerzahl Tübingens auf 38,15 % (1966) leicht abgenommen. Bis 1968 geht der Prozentanteil der Tübinger Abortpatientinnen auf 33,64 % zurück, während bei dem Anteil der Bevölkerung Tübingens an der Einwohnerzahl des gesamten Landreises nur ein geringer Rückgang zu verzeichnen ist.

Tabelle 19: Patientinnen aus Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohner.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 44 | 141 | 185 | 23,78 |
| 1960 | 30 | 129 | 159 | 18,87 |
| 1961 | 38 | 262 | 100 | 19,00 |
| Summe | 112 | 432 | 544 | 20,59 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 20 | 130 | 150 | 13,33 |
| 1967 | 34 | 121 | 155 | 21,94 |
| 1968 | 14 | 138 | 152 | 9,21 |
| Summe | 68 | 389 | 457 | 14,88 |

Tabelle 20: Patientinnen aus Gemeinden mit 5000-25 000 Einwohnern.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 16 | 38 | 54 | 29,63 |
| 1960 | 10 | 50 | 60 | 16,67 |
| 1961 | 13 | 45 | 58 | 22,41 |
| Summe | 39 | 133 | 172 | 22,67 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 12 | 56 | 68 | 17,65 |
| 1967 | 13 | 42 | 55 | 23,64 |
| 1968 | 8 | 42 | 50 | 16,00 |
| Summe | 33 | 140 | 173 | 19,08 |

Tabelle 21: Patientinnen aus Gemeinden mit mehr als 25 000 Einwohnern.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 22 | 79 | 101 | 21,78 |
| 1960 | 27 | 74 | 101 | 26,73 |
| 1961 | 35 | 60 | 95 | 36,84 |
| Summe | 84 | 213 | 297 | 28,28 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 32 | 97 | 129 | 24,81 |
| 1967 | 29 | 90 | 119 | 24,37 |
| 1968 | 16 | 71 | 87 | 18,39 |
| Summe | 77 | 258 | 335 | 22,99 |

Abb.9: Patientinnen aus Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern (zu Tab.19).

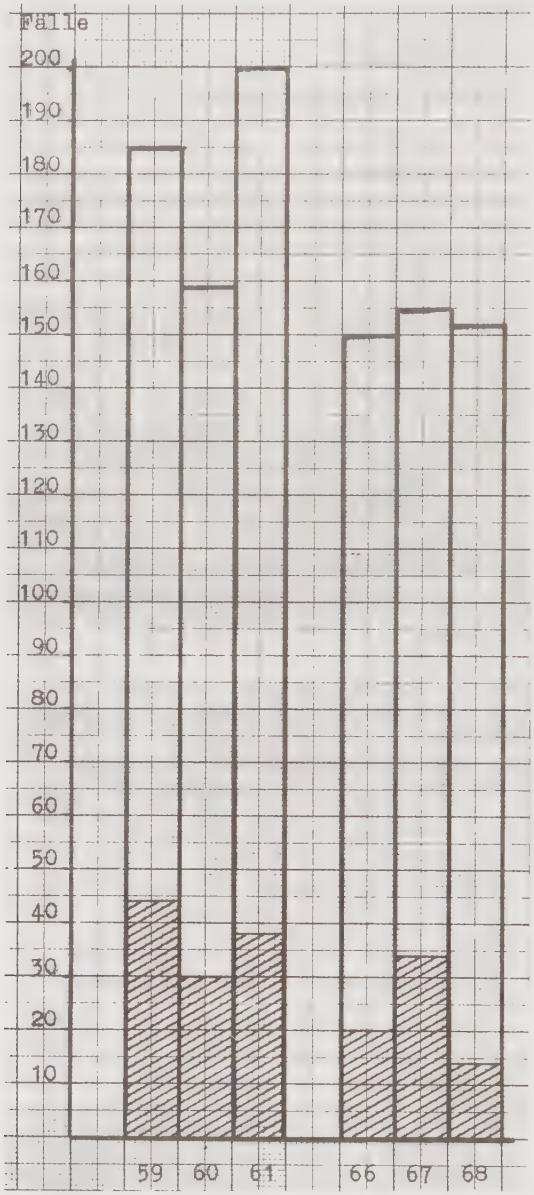


Abb.10: Patientinnen aus Gemeinden mit 5000 - 25 000 Einwohnern (zu Tab. 10).

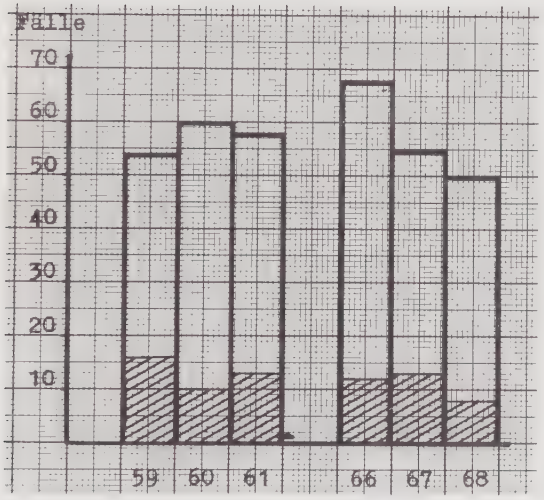
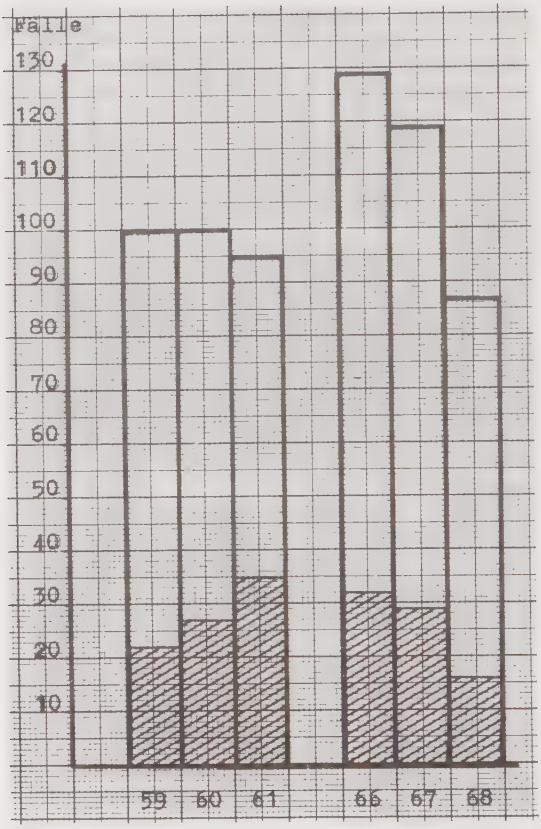


Abb.11: Patientinnen aus Gemeinden mit über 25 000 Einwohnern (zu Tab.21).



Beschreibung der Ergebnisse

Aus den Gemeinden unter 5000 Einwohner (Tab.19) kamen 1959-1961 544 Abortfälle zur stationären Aufnahme 1966 - 1968 dagegen nur 457. Ebenso besteht eine Abnahme des Anteils der wahrscheinlichen Abtreibungen von 20,59 % (1959-1961), auf 14,89 % (1966-1968). 1966 - 1968 ist die Fehlgeburtenfrequenz in jedem Jahr ungefähr gleich groß, während sie 1959 - 1961 ziemlich stark schwankt. Die Häufigkeit der wahrscheinlichen Abtreibungen liegt 1967 noch hoch und unterscheidet sich nicht von den auch schon in der Jahrgangsgruppe A gefundenen Werten, fällt aber im Jahr 1968 um mehr als die Hälfte gegenüber 1967 ab. Auch hier ist der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 am niedrigsten.

Die Häufigkeit der Abortpatientinnen aus Gemeinden mit 5000 bis 25 000 Einwohner (Tab.20) ist in beiden Jahrgangsgruppen gleich groß. In der Jahrgangsgruppe A ergeben sich nur geringe Häufigkeitsschwankungen. Die meisten Abortpatientinnen sind im Jahre 1966 zur stationären Aufnahme gekommen, ihre Häufigkeit nimmt aber bis 1968 von Jahr zu Jahr ab. Die Unterschiede in der Frequenz der wahrscheinlichen Abtreibungen sind gering, aber auch hier ist sowohl ihre absolute als auch relative Häufigkeit im Jahre 1968 am niedrigsten.

In den Gemeinden über 25 000 Einwohner (Tab.21) hat die Fehlgeburtenrate in der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A von 295 auf 335 Fälle zugenommen. Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen ist von 28,28 % (1959-1961) auf 22,99 % (1966-1968) zurückgegangen. Von 1959 - 1961 bleibt die Fehlgeburtenhäufigkeit nahezu konstant. Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen nimmt aber von 21,78 % (1959) auf 36,84 % (1961) zu. Die Fehlgeburtenhäufigkeit in der Jahrgangsgruppe B geht von 129 (1966) über 119 (1967) auf 87 Fälle (1968) zurück. Der stärkste Unterschied besteht zwischen 1967 und 1968. Die Zahl der wahrscheinlichen Abtreibungen hat ebenfalls von 1966 - 1968 abgenommen, sowohl die absolute als auch die relative Häufigkeit der wahrscheinlichen Abtreibungen ist wieder im Jahre 1968 am geringsten.

Diskussion

Dem Haupteinzugsgebiet der Tübinger Kliniken entsprechend stammen die Abortpatientinnen zum größten Teil aus der Stadt und dem Landkreis Tübingen. Bei den restlichen Patientinnen handelt es sich überwiegend um Frauen aus den Nachbarkreisen Böblingen, Nürtingen, Reutlingen, Hechingen und Horb.

Die Siedlungsform des Landkreises Tübingen und seiner Nachbarkreise ist überwiegend ländlich - kleinstädtisch orientiert. Die einzige größere Stadt ist Tübingen mit über 50 000 Einwohner, wenn man von den relativ wenigen Patientinnen absieht, die in anderen Gemeinden der Umgebung wie Reutlingen, Böblingen, Sindelfingen und Stuttgart wohnhaft sind. So stammen auch mehr als die Hälfte der Patientinnen aus Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohner und knapp ein Drittel aus Gemeinden mit mehr als 25 000 Einwohner, deren größter Anteil wiederum aus Tübinger Patientinnen besteht.

Dieser ländlich-kleinstädtische Charakter des Einzugsgebietes ist eine Erklärung für den relativ geringen Prozentsatz der Abtreibungen, wie er für die vorliegende Untersuchung angenommen wird. So besteht auch im Schrifttum die Ansicht, daß in Großstädten die Abtreibungen häufiger seien als auf dem Lande (32,53,68). Das Ergebnis über den Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen in Ortschaften verschiedener Einwohnerzahl bestätigt diese Meinung: Obwohl keine Großstadtbevölkerung am Untersuchungsmaterial beteiligt ist, haben doch die wahrscheinlichen Abtreibungen in Gemeinden mit höherer Einwohnerzahl einen größeren Anteil an den Fehlgeburten als in Gemeinden mit geringerer Einwohnerzahl (Tab.14) und ist in der Stadt Tübingen, der einzigen Gemeinde des Einzugsgebietes mit mehr städtischem Charakter, am größten (Tab.13).

Nicht nur die Abtreibungen, sondern auch der Gebrauch der " Pille " scheint in der Stadt häufiger zu sein als in den Landgemeinden, worauf der starke Rückgang der Fehlgeburtenhäufigkeit von 1966 - 1968 in Tübingen (Tab.17) und den Gemeinden über 25 000 Einwohner (Tab.21) hinweist, während bei

Patientinnen aus den Gemeinden des Landkreises Tübingen (Tab.16) sogar noch eine Zunahme der Fehlgeburtenfrequenz im gleichen Zeitraum festzustellen ist. Zwar nimmt der Anteil der Bevölkerung Tübingens an der Gesamtbevölkerung des Landkreises Tübingen ebenfalls ab, jedoch längst nicht in dem starken Ausmaß, wie das bei den Fehlgeburten der Fall ist (Tab. 18 und Abb.8). Auf Grund des starken Rückganges der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den Landgemeinden im Jahre 1968 bei nahezu konstanter Fehlgeburtenfrequenz (Tab.19) muß angenommen werden, daß sich in den hauptsächlich ländlich orientierten Gemeinden die Anwendung der Ovulationshemmer auf die Frauen beschränkt, die im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft abgetrieben hätten. Der Rückgang des Anteils der wahrscheinlichen Abtreibungen in der Stadt Tübingen und in den anderen größeren Gemeinden sowie der starke Rückgang aller Fehlgeburten von 1966 - 1968 läßt dagegen vermuten, daß dort von Frauen einer breiteren Bevölkerungsschicht Ovulationshemmer eingenommen werden.

Obwohl der Rückgang der Fehlgeburten von 1966 - 1968 bei den Patientinnen aus Gemeinden mit 5 000 - 25 000 Einwohner (Tab.10) und aus den Nachbarkreisen Tübingens (Tab.15) nicht so eindrucksvoll ist, läßt sich doch aus dem Rückgang der Abortfrequenz und dem Absinken des Anteils der wahrscheinlichen Abtreibungen auch hier ein Einfluß der Ovulationshemmer auf die Fehlgeburtenhäufigkeit annehmen.

Die bei der Gesamtzahl der Fehlgeburten (Tab.8) gefundene Tendenz zur Abnahme der Fehlgeburtenrate von 1966- 1968 ist somit hauptsächlich bedingt durch den Rückgang der Fehlgeburten in der Stadt Tübingen und den Gemeinden über 25 000 Einwohner, während am Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle im Jahre 1968 auch das Abortmaterial aus den mehr ländlichen Gemeinden beteiligt ist.

## III Familienstand

Tabelle 22: Familienstand

| Jahrgangsgruppe A<br>Jahr | Unverh. | Verheir. | Gesamtzahl | Anteil der Unverh. in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 55 | 285 | 340 | 16,18 |
| 1960 | 50 | 270 | 320 | 15,63 |
| 1961 | 56 | 297 | 353 | 15,86 |
| Summe | 161 | 852 | 1013 | 15,89 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 46 | 301 | 347 | 13,26 |
| 1967 | 64 | 265 | 329 | 19,45 |
| 1968 | 44 | 245 | 289 | 15,22 |
| Summe | 154 | 811 | 965 | 15,96 |

Tabelle 23: Unverheiratete

| Jahrgangsgruppe A<br>Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 25 | 30 | 55 | 45,45 |
| 1960 | 16 | 34 | 50 | 32,00 |
| 1961 | 28 | 28 | 56 | 50,00 |
| Summe | 69 | 92 | 161 | 42,86 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 18 | 28 | 46 | 39,13 |
| 1967 | 31 | 33 | 64 | 48,44 |
| 1968 | 14 | 30 | 44 | 31,82 |
| Summe | 63 | 91 | 154 | 40,91 |

Tabelle 24: Verheiratete

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 57 | 228 | 285 | 20,00 |
| 1960 | 51 | 219 | 270 | 18,89 |
| 1961 | 58 | 239 | 297 | 19,53 |
| Summe | 166 | 686 | 852 | 19,48 |

Jahrgangsgruppe B

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1966 | 46 | 255 | 301 | 15,28 |
| 1967 | 45 | 220 | 265 | 16,98 |
| 1968 | 24 | 221 | 245 | 9,80 |
| Summe | 115 | 696 | 811 | 14,18 |

Abb.12: Unverheiratete (zu Tab. 23).

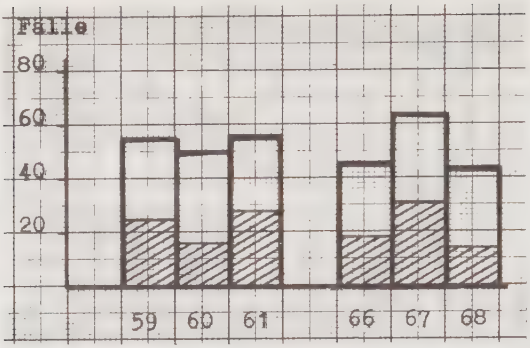
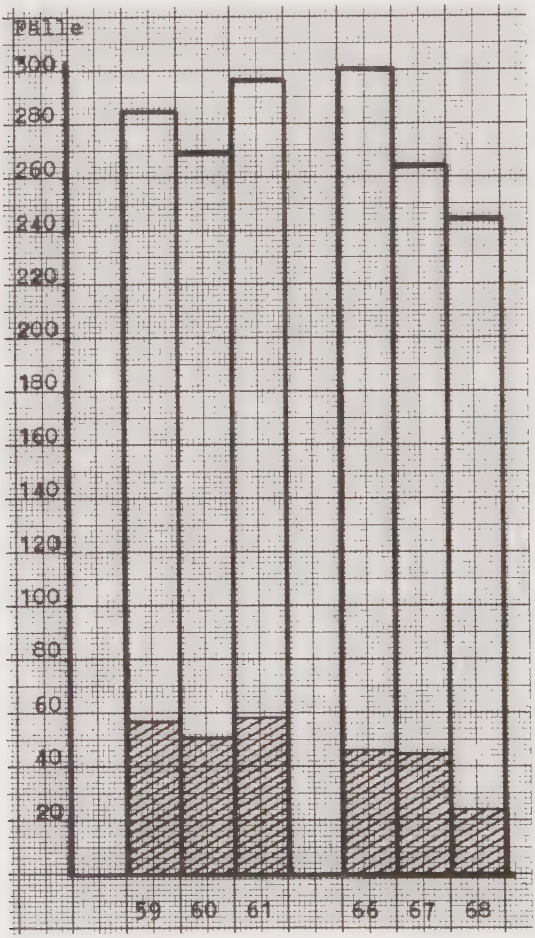



Abb.13: Verheiratete (zu Tab. 24).



Beschreibung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird unterschieden zwischen verheirateten und unverheirateten Patientinnen. Zu den Unverheirateten wurden die Ledigen, Verwittweten und Geschiedenen gezählt.

Der Anteil der unverheirateten Patientinnen ist in beiden Jahrgangsgruppen etwa gleich groß und beträgt rund 16,0 %. Auch in den Jahren 1959 - 1961 bleibt das Verhältnis Unverheiratete zu Verheirateten nahezu konstant, während in den Jahren 1966 - 1968 größere Unterschiede bestehen (Tab.22).

Bei den Unverheirateten (Tab.23) erfolgt in der Jahrgangsgruppe B ein geringer Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungen gegenüber der Jahrgangsgruppe A, jedoch findet sich 1967 die größte Fehlgeburtenhäufigkeit und 1968 liegen die Zahlen für die Fehlgeburten und wahrscheinlichen Abtreibungen nur gering unter denen von 1960 und 1966.

Bei den Verheirateten (Tab.24) dagegen hat der Anteil der wahrscheinlich provozierten Aborte von 19,48 % (1959-1961) auf 14,18 % (1966-1968) abgenommen, wofür hauptsächlich der Rückgang auf 9,8 % im Jahre 1968 verantwortlich ist.

Die Fehlgeburtenhäufigkeit schwankt bei ihnen in der Jahrgangsgruppe A um Werte von 280 pro Jahr, in der Jahrgangsgruppe B nimmt ihre Frequenz von Jahr zu Jahr ab, um 1968 den Tiefststand zu erreichen, ebenso wie die wahrscheinlichen Abtreibungen 1968 am geringsten sind.

Diskussion

In Übereinstimmung mit Angaben im Schrifttum haben die verheirateten Frauen den größten Anteil am Abortmaterial (84 %). Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung entspricht etwa dem von Bauer 1936 bis 1940 an der UFK Tübingen gefundenen Verhältnis sowie den Angaben von Köhn, Behrens und Schultze.

Folgende Aufstellung gibt einen Überblick über einige Angaben im Schrifttum:

Tabelle 25:

| Autor | | Ledig | Verheiratet |
|---|---|---|---|
| Prinzing (63) | | 21,2 % | 78,8 % |
| Philipp (62) | | 35,8 % | 64,2 % |
| Bauer (4) | | 15,3 % | 84,7 % |
| Lax (45) | | 40,0 % | 60,0 % |
| Köhn (41) | | 17,3 % | 82,7 % |
| Kayser (39) | | 41,0 % | 59,% % |
| Cloeren und Mall-Haefeli (15) | | 23,0 % | 76,0 % |
| Behrens (6) | | 14,6 % | 85,4 % |
| Schultze (67) | 1964 | 14,0 % | 86,0 % |
| | 1965 | 16,0 % | 84,0 % |

Das Überwiegen der Verheirateten am Abortmaterial kommt dadurch zustande, daß die meisten Frauen im konzeptionsfähigen Alter verheiratet sind und bei ihnen häufiger Konzeptionen erfolgen als bei Unverheirateten. Und wenn Harmsen (26) angibt, daß die ganz überwiegende Zahl der Frauen, die einen Eingriff vornehmen oder an sich vornehmen lassen, verheiratet sind, so ist das ebenso eine Folge ihrer vermehrten Schwangerschaften.

Die meisten Autoren sind der Meinung, daß Ledige viel häufiger dazu neigen, eine Schwangerschaft durch Abtreibung zu beenden als Verheiratete (35,41,52,61,62,67). Das vorliegende Ergebnis über den Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den Ver-

heirateten und Unverheirateten bestätigt dies. So haben die wahrscheinlich provozierten Aborte in beiden Jahrgangsgruppen bei den Unverheirateten mit 42,86 % bzw. 40,9 % einen deutlich höheren Anteil als bei den Verheirateten mit 19,48 % bzw. 14,18 % und der Anteil der Unverheirateten an den wahrscheinlichen Abtreibungen beträgt rund 32,0 % gegenüber nur rund 16,0 % am gesamten Abortmaterial. Ein ähnliches Verhältnis liegt am Untersuchungsgut von Cloeren und Mall-Haefeli (15) vor, die bei 1 000 Abortpatientinnen nur 24,0 % Unverheiratete fanden, dagegen betrug deren Anteil an den wahrscheinlichen Abtreibungen 40,0 %.

Das in beiden Jahrgangsgruppen fast gleiche Verhältnis der Unverheirateten zu den Verheirateten erlaubt noch nicht, einen stärkeren Einfluß der Ovulationshemmer auf eine der beiden Personengruppen anzunehmen. Eine getrennte Betrachtung beider Gruppen deckt jedoch Unterschiede auf. So liegt die Fehlgeburtenhäufigkeit und der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den Unverheirateten in der Jahrgangsgruppe B nur gering niedriger als in der Jahrgangsgruppe A und noch 1968 unterscheiden sich die Häufigkeiten kaum von denen im Jahre 1960. Für 1967 ergibt sich sogar ein Maximum der Fehlgeburten und wahrscheinlichen Abtreibungen. Es muß demnach angenommen werden, daß bei Unverheirateten die Anwendung von Ovulationshemmern zur Kontrazeption noch nicht allgemein üblich ist. Dagegen ist vermutlich der Rückgang des Anteils der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den Verheirateten von 19,48 % auf 14,48 % die Folge einer zunehmenden Anwendung von Ovulationshemmern. Diese Annahme wird noch unterstützt durch den starken Rückgang der Fehlgeburtenfrequenz von 1966 - 1968 und das deutliche Absinken der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 auf nur 24 Fälle (9,8 %).

Das unterschiedliche Verhalten der Fehlgeburtenhäufigkeit bei den Verheirateten und Unverheirateten kommt sicherlich dadurch zustande, daß bei Letzteren im allgemeinen kein regelmäßiger Geschlechtsverkehr stattfindet, sondern nur in größeren und unregelmäßigeren Abständen als bei den Verheirateten. Der dann zur Konzeption führende Geschlechtsverkehr

erfolgt meist aus einer sich zufällig ergebenden Situation heraus, ohne daß für den entsprechenden Zeitpunkt damit gerechnet worden ist, weshalb auch keine geplante Konzeptionsprophylaxe mit Ovulationshemmern durchgeführt worden ist. Es ist dagegen anzunehmen, daß verheiratete Frauen mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr in zunehmendem Maße Ovulationshemmer zur Konzeptionsprophylaxe anwenden, um ihre Familiengröße auf die gewünschte Kinderzahl zu beschränken.

## IV Alter der Patientinnen

Tabelle 26: Altersaufteilung der Verheirateten nach Fünfjahresgruppen.

| Alter | Anzahl | % |
|---|---|---|
| 15-19 | 21 | 1,25 |
| 20-24 | 293 | 17,62 |
| 25-29 | 497 | 29,89 |
| 30-34 | 419 | 25,20 |
| 35-39 | 305 | 18,34 |
| 40-44 | 114 | 6,86 |
| 45-50 | 14 | 0,84 |
| Summe | 1663 | 100,00 |

Tabelle 27: Altersaufteilung der Unverheirateten nach Fünfjahresgruppen.

| Alter | Anzahl | % |
|---|---|---|
| 15-19 | 63 | 20,00 |
| 20-24 | 142 | 45,08 |
| 25-29 | 57 | 18,09 |
| 30-34 | 21 | 6,67 |
| 35-39 | 27 | 8,57 |
| 40-44 | 5 | 1,59 |
| Summe | 315 | 100,00 |

Abb.14: Altersverteilung der Patientinnen

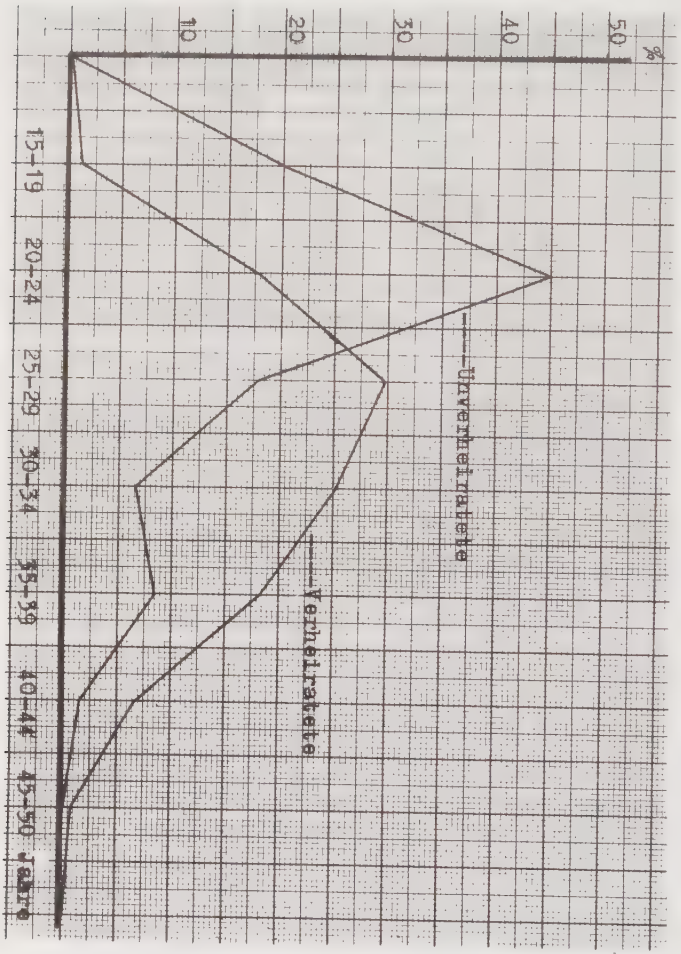


Tabelle 28: 15 - 19 jährige unverheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 6 | 6 | 12 | 50,00 |
| 1960 | 4 | 7 | 11 | 36,36 |
| 1961 | 2 | 3 | 5 | 40,00 |
| Summe | 12 | 16 | 28 | 42,86 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 3 | 7 | 10 | 30,00 |
| 1967 | 5 | 9 | 14 | 35,71 |
| 1968 | 5 | 6 | 11 | 45,45 |
| Summe | 13 | 22 | 35 | 37,14 |

Tabelle 29: 20 - 24 jährige unverheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 9 | 13 | 22 | 40,91 |
| 1960 | 6 | 19 | 25 | 24,00 |
| 1961 | 13 | 14 | 27 | 48,15 |
| Summe | 28 | 46 | 74 | 37,84 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 8 | 11 | 19 | 42,11 |
| 1967 | 19 | 13 | 32 | 59,38 |
| 1968 | 3 | 14 | 17 | 17,65 |
| Summe | 30 | 38 | 68 | 44,12 |

Tabelle 30: 25 - 29 jährige unverheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 6 | 4 | 10 | 60,00 |
| 1960 | 2 | 3 | 5 | 40,00 |
| 1961 | 7 | 6 | 13 | 53,85 |
| Summe | 15 | 13 | 28 | 53,57 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 4 | 7 | 11 | 36,36 |
| 1967 | 3 | 6 | 9 | 33,33 |
| 1968 | 4 | 5 | 9 | 44,44 |
| Summe | 11 | 18 | 29 | 37,93 |

Tabelle 31: 30 jährige und ältere unverheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 4 | 7 | 11 | 36,36 |
| 1960 | 4 | 5 | 9 | 44,44 |
| 1961 | 6 | 5 | 11 | 54,55 |
| Summe | 14 | 17 | 31 | 45,16 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 3 | 3 | 6 | 50,00 |
| 1967 | 4 | 5 | 9 | 44,44 |
| 1968 | 2 | 5 | 7 | 28,57 |
| Summe | 9 | 13 | 22 | 40,91 |

Abb.15: Alter der Unverheirateten (zu den Tab. 28-31).

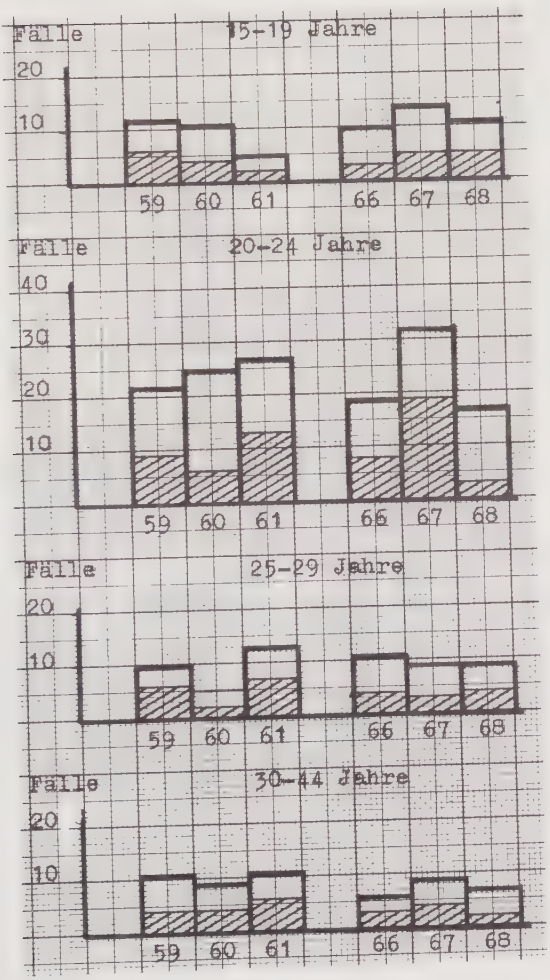


Tabelle 32: 15 - 19 jährige verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 0 | 3 | 3 | - |
| 1960 | 1 | 4 | 5 | - |
| 1961 | 1 | 3 | 4 | - |
| Summe | 2 | 10 | 12 | - |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 0 | 6 | 6 | - |
| 1967 | 1 | 1 | 2 | - |
| 1968 | 0 | 1 | 1 | - |
| Summe | 1 | 8 | 9 | - |

Tabelle 33: 20 - 24 jährige verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 12 | 43 | 55 | 21,82 |
| 1960 | 8 | 40 | 48 | 16,67 |
| 1961 | 17 | 45 | 62 | 27,42 |
| Summe | 37 | 128 | 165 | 22,42 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 10 | 27 | 37 | 27,03 |
| 1967 | 10 | 37 | 47 | 21,28 |
| 1968 | 5 | 39 | 44 | 11,36 |
| Summe | 25 | 103 | 128 | 19,53 |

Tabelle 34: 25 - 29 jährige verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 20 | 52 | 72 | 27,78 |
| 1960 | 13 | 57 | 70 | 18,57 |
| 1961 | 19 | 78 | 97 | 19,59 |
| Summe | 52 | 187 | 239 | 21,76 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 10 | 98 | 108 | 9,26 |
| 1967 | 7 | 75 | 82 | 8,54 |
| 1968 | 5 | 63 | 68 | 7,35 |
| Summe | 22 | 236 | 258 | 8,53 |

Tabelle 35: 30 - 34 jährige verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 13 | 62 | 72 | 17,33 |
| 1960 | 19 | 63 | 82 | 23,17 |
| 1961 | 9 | 46 | 55 | 16,36 |
| Summe | 41 | 171 | 212 | 19,34 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 13 | 59 | 72 | 18,06 |
| 1967 | 10 | 61 | 71 | 14,08 |
| 1968 | 8 | 56 | 64 | 12,50 |
| Summe | 31 | 176 | 207 | 14,98 |

Tabelle 36: 35 - 39 jährige verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 8 | 52 | 60 | 13,33 |
| 1960 | 9 | 44 | 53 | 16,98 |
| 1961 | 9 | 50 | 59 | 15,25 |
| Summe | 26 | 146 | 172 | 15,12 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 9 | 43 | 52 | 17,31 |
| 1967 | 12 | 28 | 40 | 30,00 |
| 1968 | 4 | 37 | 41 | 9,76 |
| Summe | 25 | 108 | 133 | 18,80 |

Tabelle 37: 40 - 50 jährige verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 4 | 16 | 20 | 20,00 |
| 1960 | 1 | 11 | 12 | 8,33 |
| 1961 | 3 | 17 | 20 | 15,00 |
| Summe | 8 | 44 | 52 | 15,38 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 4 | 22 | 26 | 15,38 |
| 1967 | 5 | 18 | 23 | 21,74 |
| 1968 | 2 | 25 | 27 | 7,41 |
| Summe | 11 | 65 | 76 | 14,47 |

Abb.16: Alter der Verheirateten (zu den Tab. 32-34).

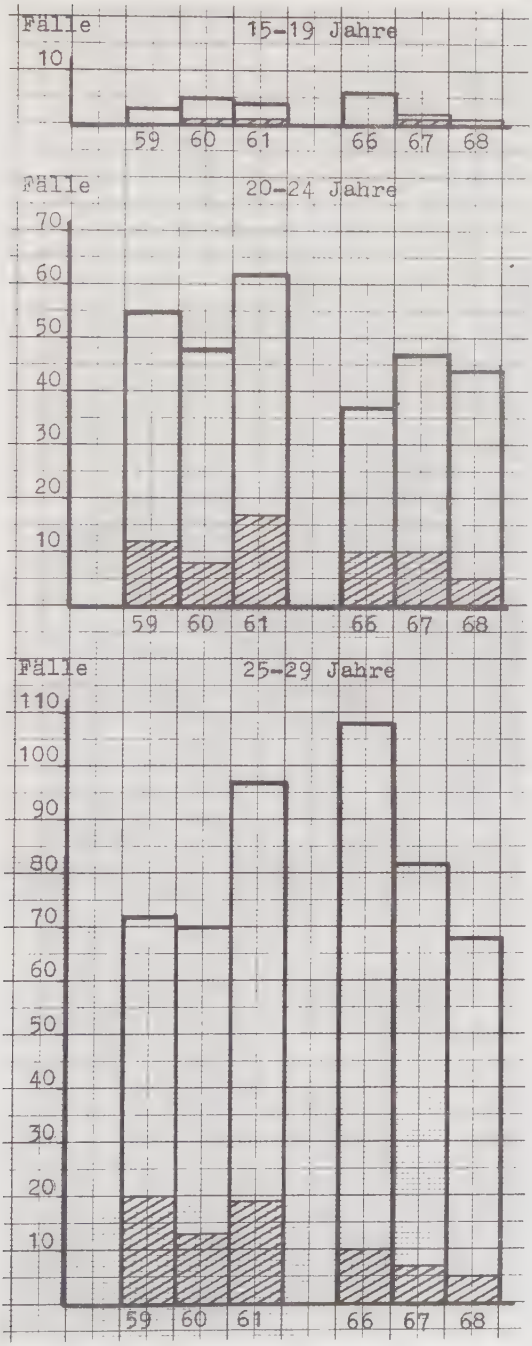
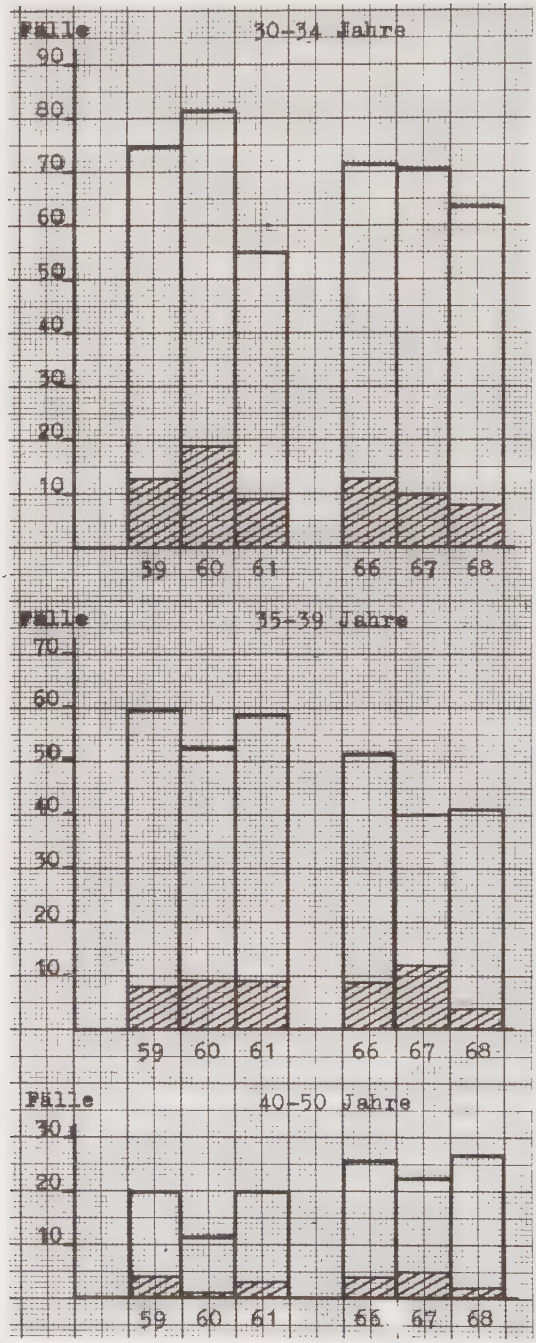


Abb.17: Alter der Verheirateten (zu den Tab. 35-37).



Beschreibung der Ergebnisse

Eine Aufteilung der Abortpatientinnen nach dem Alter der Verheirateten und Unverheirateten ergibt zwei Verteilungskurven mit je einem Häufigkeitsgipfel in verschiedenen Altersgruppen (Tab. 26,27 und Abb. 14). Bei den Verheirateten finden sich nur wenige Patientinnen, die jünger als 20 oder älter als 40 Jahre sind. Die meisten Patientinnen sind 20 bis 40 Jahre alt, wobei hier wiederum die 25 bis 29 Jährigen am häufigsten vertreten sind. Die Unverheirateten verteilen sich vor allem auf die jüngeren Altersgruppen der 15 bis 29 Jährigen mit einer größten Häufigkeit der 20 bis 24 Jährigen.

Bei den Unverheirateten haben die Fehlgeburten von der Jahrgangsgruppe A zur Jahrgangsgruppe B in der Altersklasse der 15 bis 19 Jährigen etwas zugenommen, bei den 20 bis 24 Jährigen gering abgenommen, ebenso bei den 30 bis 44 Jährigen. Fast gleich groß liegt die Aborthäufigkeit bei den 25 bis 29 Jährigen. Die relative Häufigkeit der wahrscheinlichen Abtreibungen hat bei den 20 bis 24 Jährigen noch zugenommen, bei den anderen Altersgruppen ist sie nur gering zurückgegangen. Für das Jahr 1968 ergibt sich lediglich bei den 20 bis 24 Jährigen ein Rückgang der Fehlgeburten und wahrscheinlichen Abtreibungen, doch liegt bei ihnen die größte Häufigkeit noch im Jahre 1967. Es kann bei den Unverheirateten lediglich für die 20 bis 24 Jährigen ein Rückgang der Fehlgeburten und wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 gegenüber den Jahren 1959 bis 1961 beobachtet werden.

Die Häufigkeit der verheirateten Abortpatientinnen ist von der Jahrgangsgruppe A zur Jahrgangsgruppe B bei den 20 bis 24 Jährigen und 35 bis 39 Jährigen stark zurückgegangen, hat bei den 40 bis 50 Jährigen dagegen zugenommen. Ebenso ist eine Zunahme bei den 25 bis 29 Jährigen erfolgt. Eine starke Abnahme des Anteils der wahrscheinlichen Abtreibungen liegt bei den 25 bis 29 jährigen verheirateten Patientinnen in der Jahrgangsgruppe A vor, während in den übrigen Altersklassen der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen weniger stark zurückgegangen

ist. Lediglich bei den 25 bis 29 jährigen Patientinnen ist noch eine Zunahme zu verzeichnen. In den Jahren 1966 bis 1968 befindet sich ein deutlicher Rückgang der Fehlgeburtenhäufigkeit aber auch der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den 25 bis 29 Jährigen, in geringerem Ausmaße auch bei den 30 bis 34 Jährigen. Trotz wechselnder Fehlgeburtenhäufigkeit liegt der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei allen Altersgruppen der verheirateten Patientinnen im Jahre 1968 am niedrigsten.

Diskussion

Die Altersverteilung der Abortpatientinnen entspricht den Jahren der größten Fruchtbarkeit der Frau und stimmt mit den Angaben im Schrifttum überein (4,6,10,11,15,17,35,39,41,60).

Ein Einfluß der Ovulationshemmer auf die Abtreibungen kann bei den Unverheirateten auf Grund des stärkeren Rückganges der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den 20 bis 24 Jährigen für das Jahr 1968 angenommen werden. Die geringen Unterschiede in den anderen Altersklassen und auch die sehr hohe Abortfrequenz und Abtreibungsziffer bei den 20 bis 24 Jährigen im Jahre 1967 unterstützen aber die Meinung, die im vorausgegangenen Kapitel über die Unverheirateten vertreten wird.

Bei den Verheirateten wird ein Einfluß der Ovulationshemmer auf die Fehlgeburtenhäufigkeit und die Zahl der wahrscheinlichen Abtreibungen in der Altersklasse der 25 bis 29 Jährigen am deutlichsten, in geringerem Maße aber auch bei den 30 bis 34 Jährigen und 15 bis 19 Jährigen. Keine Ovulationshemmer werden offensichtlich von den 40 Jährigen angewendet, sei es auf Grund einer konservativen Einstellung oder weil in diesem Alter Kontraindikationen häufiger sind. Bei den 20 bis 24 Jährigen liegt zwar die Fehlgeburtenrate in der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A deutlich niedriger, jedoch 1967 noch so hoch wie 1960. Das Absinken der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 ist aber auch hier ebenso wie bei den 35 bis 39 Jährigen wohl bedingt durch eine wirksame Konzeptionsprophylaxe.

## V Kinderzahl verheirateter Patientinnen

Tabelle 38: Kinderzahl verheirateter Patientinnen.

| Kinder | Anzahl | % |
|---|---|---|
| 0 | 424 | 25,50 |
| 1 | 484 | 29,10 |
| 2 | 378 | 22,73 |
| 3 | 187 | 11,24 |
| 4 | 98 | 5,89 |
| 5 | 54 | 3,25 |
| 6 | 23 | 1,38 |
| 7-9 | 15 | 0,90 |
| Summe | 1663 | 99,99 |

Tabelle 39: Kinderzahl bei Verheirateten in beiden Jahrgangsgruppen.

| Kinder | 1959-61 | % | 1966-68 | % |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 206 | 24,18 | 218 | 26,88 |
| 1 | 238 | 27,93 | 246 | 30,33 |
| 2 | 196 | 23,00 | 182 | 22,44 |
| 3-9 | 212 | 24,88 | 165 | 20,35 |
| Summe | 852 | 99,99 | 811 | 100,00 |

Tabelle 40: Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle bei den verheirateten Patientinnen mit unterschiedlicher Kinderzahl in beiden Jahrgangsgruppen.

| Kinder | 1959-61 | 1966-68 |
|---|---|---|
| 0 | 10,68 % | 10,09 % |
| 1 | 17,65 % | 10,98 % |
| 2 | 24,49 % | 20,33 % |
| 3-9 | 25,47 % | 17,58 % |

Abb.18: Kinderzahl verheirateter Patientinnen (zu Tab. 38).

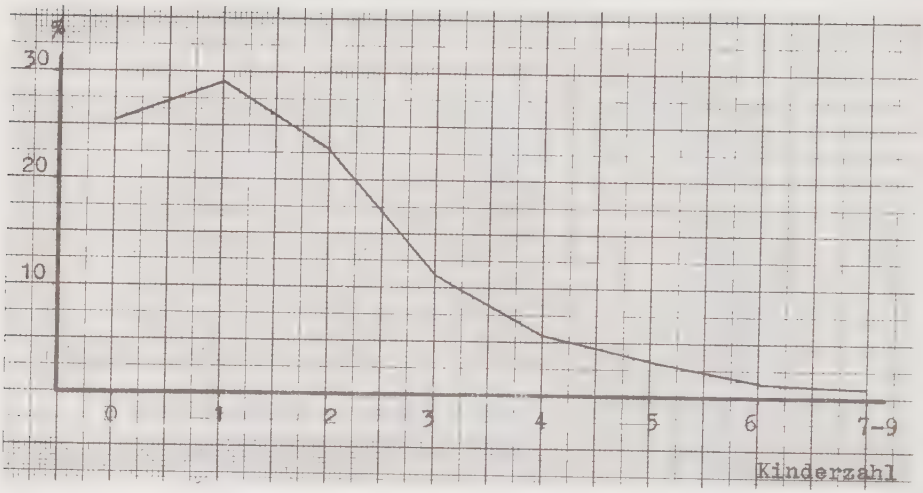



Abb.19: Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle bei den verheirateten Patientinnen mit unterschiedlicher Kinderzahl in beiden Jahrgangsgruppen (zu Tab. 40).

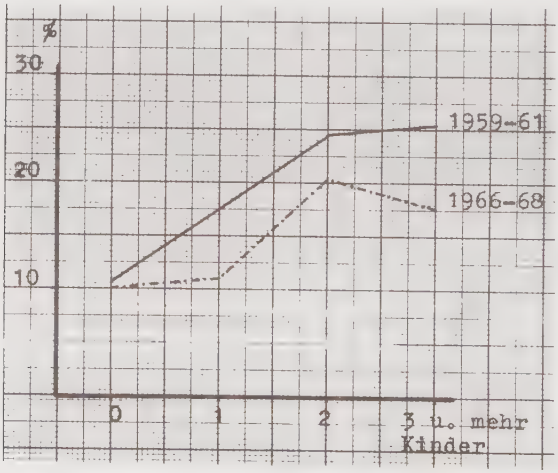


Tabelle 41: Kinderlose verheiratete Patientinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 3 | 57 | 60 | 5,- |
| 1960 | 8 | 52 | 60 | 13,3 |
| 1961 | 11 | 75 | 86 | 12,79 |
| Summe | 22 | 184 | 206 | 10,68 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 11 | 76 | 87 | 12,64 |
| 1967 | 8 | 58 | 66 | 12,12 |
| 1968 | 3 | 62 | 65 | 4,62 |
| Summe | 22 | 196 | 218 | 10,09 |

Tabelle 42: Verheiratete Patientinnen mit einem Kind.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 14 | 71 | 85 | 16,47 |
| 1960 | 14 | 64 | 78 | 17,95 |
| 1961 | 14 | 61 | 75 | 18,67 |
| Summe | 42 | 196 | 238 | 17,65 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 9 | 77 | 86 | 10,47 |
| 1967 | 11 | 73 | 84 | 13,10 |
| 1968 | 7 | 69 | 76 | 9,21 |
| Summe | 27 | 219 | 246 | 10,98 |

Tabelle 43: Verheiratete Patientinnen mit 2 Kindern.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 20 | 48 | 68 | 29,41 |
| 1960 | 11 | 48 | 59 | 18,64 |
| 1961 | 17 | 52 | 69 | 24,64 |
| Summe | 48 | 148 | 196 | 24,49 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 17 | 57 | 74 | 22,97 |
| 1967 | 14 | 42 | 56 | 25,00 |
| 1968 | 6 | 46 | 52 | 11,54 |
| Summe | 37 | 145 | 182 | 20,33 |

Tabelle 44: Verheiratete Patientinnen mit 3 und mehr Kindern.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 20 | 52 | 72 | 27,78 |
| 1960 | 18 | 55 | 73 | 24,66 |
| 1961 | 16 | 51 | 67 | 23,88 |
| Summe | 54 | 158 | 212 | 25,47 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 9 | 45 | 54 | 16,67 |
| 1967 | 12 | 47 | 59 | 20,34 |
| 1968 | 8 | 44 | 52 | 15,38 |
| Summe | 29 | 136 | 165 | 17,58 |

Abb.20: Patientinnen mit keinem Kind (zu Tab.41)

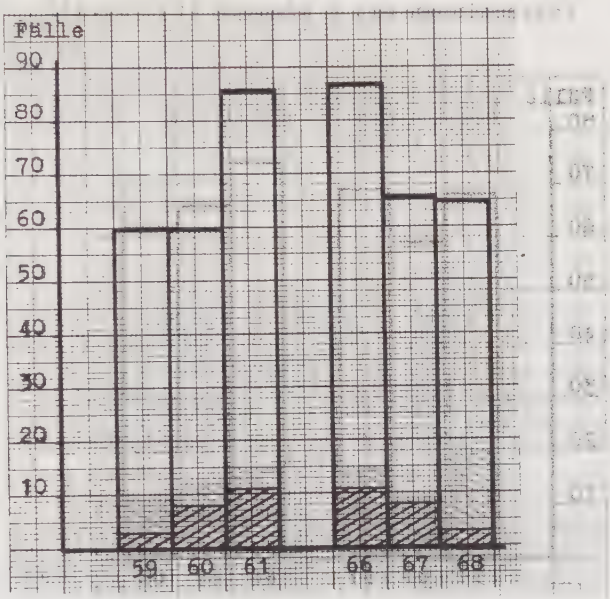



Abb.21: Patientinnen mit einem Kind (zu Tab.42)

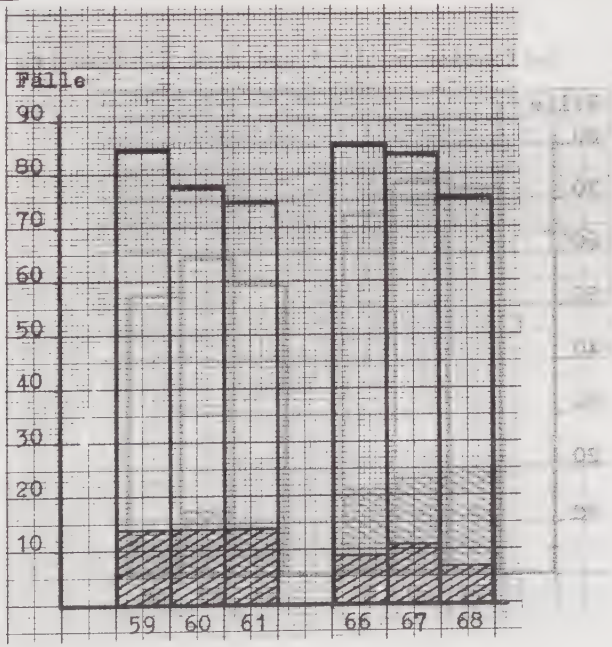


Abb.22: Patientinnen mit 2 Kindern (zu Tab.43)

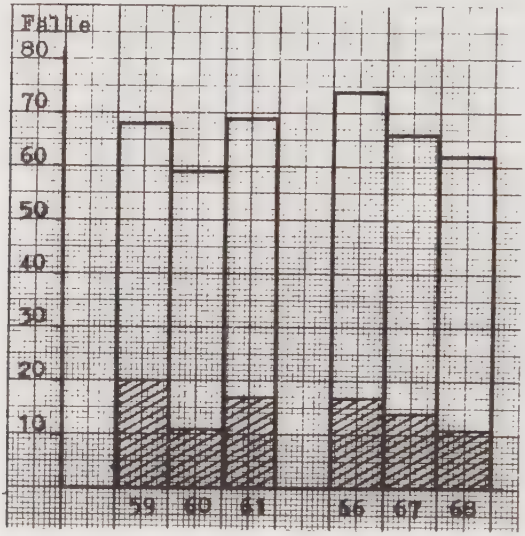
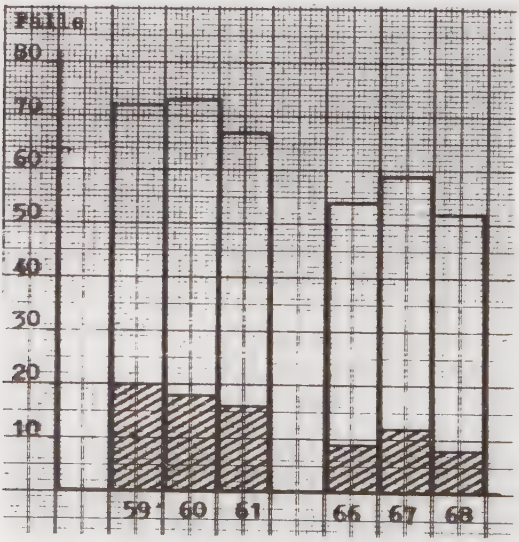



Abb.23: Patientinnen mit 3 und mehr Kindern (zu Tab.44)



Beschreibung der Ergebnisse

Bei den Verheirateten überwiegen die Frauen mit einem Kind (Tab.38 und Abb.18). Der Anteil der kinderlosen verheirateten Patientinnen ist aber auch relativ hoch. Über die Hälfte (54,6 %) sind kinderlos oder haben nur ein Kind. Aber etwa 3/4 (74,5 %) der Patientinnen haben mindestens 1 Kind.

Die prozentuale Verteilung der verheirateten Abortpatientinnen nach der Anzahl ihrer Kinder bleibt für die beiden Jahrgangsgruppen fast gleich (Tab.39). Es kann lediglich festgestellt werden, daß die Abortrate bei den kinderlosen Frauen und Frauen mit einem Kind 1966 - 1968 gegenüber 1959 - 1961 zugenommen hat, während sie bei Frauen mit zwei oder mehr Kindern zurückgegangen ist.

Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen (Tab. 40 und Abb.19) nimmt in der Jahrgangsgruppe A mit zunehmender Kinderzahl zu und liegt bei Patientinnen mit drei und mehr Kindern am höchsten. In der Jahrgangsgruppe B ist der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei kinderlosen Patientinnen gegenüber der Jahrgangsgruppe A kaum zurückgegangen, dagegen findet sich ein deutlicher Rückgang bei den Frauen mit einem Kind und auch ein stärkerer Rückgang bei den Frauen mit zwei und mehr Kindern. Der zahlenmäßig stärkste Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle ist bei den Patientinnen mit drei und mehr Kindern erfolgt. Bei den kinderlosen Frauen ist die Anzahl der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle gleich geblieben.

Innerhalb der beiden Jahrgangsgruppen nehmen die Fehlgeburten und wahrscheinlichen Abtreibungen bei den kinderlosen Frauen von 1959 - 1961 zu und von 1966 - 1968 ab, wobei der stärkste Abfall der Abortfrequenz von 1966 auf 1967 erfolgt. Bei Patientinnen mit einem Kind geht die Fehlgeburtenrate in beiden Jahrgangsgruppen zurück, liegt aber 1966 am höchsten. Die Anzahl der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle bleibt in der Jahrgangsgruppe A bei diesen Patientinnen gleich, nimmt von 1966 - 1967 gering zu und von 1967 - 1968 wieder gering ab. Bei den Patientinnen mit zwei Kindern gehen die Fehlgeburten und wahrschein-

lichen Abtreibungsfälle von 1966 - 1968 zurück, um 1968 den Tiefststand zu erreichen. Bei Patientinnen mit drei und mehr Kindern bestehen innerhalb beider Jahrgangsgruppen keine wesentlichen Unterschiede, jedoch ist eine abnehmende Tendenz der wahrscheinlichen Abtreibungen schon in der Jahrgangsgruppe A festzustellen. In keinem der Jahre 1966 - 1968 erreicht die Fehlgeburtenhäufigkeit und Zahl der wahrscheinlichen Abtreibungen die Höhe eines der Jahre 1959 - 1961.

## Diskussion

Die Aufschlüsselung des Abortgutes nach der Anzahl der Kinder bei verheirateten Patientinnen ergibt fast die gleichen Verhältnisse, wie es Cloeren und Mall-Haefeli (15) am Frauenspital in Basel für die Jahre 1958 - 1961 fanden, nämlich einen hohen Anteil der kinderlosen Frauen und Frauen mit nur einem Kind. Eine dominierende Rolle bei der Ablehnung der Schwangerschaft durch die Frauen mit keinem oder nur einem Kind spielen nach ihrer Meinung schlechte wirtschaftliche Verhältnisse, die Notwendigkeit des zusätzlichen Verdienstes der jungen Ehefrauen, Schulden die bei der Einrichtung des jungen Hausstandes entstanden sind. Nach einer Mußheirat würde außerdem bei einer neuen Schwangerschaft die einzige Lösung in einer Schwangerschaftsunterbrechung gesehen. Trotzdem liegt hier bei diesen Frauen der Anteil der wahrscheinlichen provozierten Aborte in allen Jahren niedriger als bei den Frauen mit zwei oder mehr Kindern. Das bedeutet in Übereinstimmung mit einigen Angaben im Schrifttum, daß mit zunehmender Kinderzahl auch die illegalen Schwangerschaftsunterbrechungen zunehmen und sich vor allem Frauen mit zwei oder mehr Kindern keine weiteren Kinder wünschen. Prinzing (63) führt an, daß hauptsächlich Frauen, die bereits geboren haben zu Fehlgeburten neigen, wobei er neben entzündlichen Erkrankungen der Genitalorgane nach überstandenen Geburten vor allem die Zunahme willkürlicher Schwangerschaftsunterbrechungen verantwortlich macht. Brachtel (11) ist der Ansicht, daß verheiratete Frauen nach ein oder zwei Entbindungen ihre Kinderzahl beschränken wollen und daher weitere Schwangerschaften künstlich unterbrechen lassen.

Daß tatsächlich ein Teil der Frauen, ohne Kinder oder mit nur einem Kind bestrebt sind, aus den von Clooren [illegible] Mall-Haefeli oben angeführten Gründen ihre Familiengröße [illegible] zu halten, zeigt der Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den kinderlosen Frauen von 1966 - 1968 sowie der deutlich geringere Anteil der wahrscheinlicher Abtreibungen bei den Frauen mit nur einem Kind in der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A. Am deutlichsten ist jedoch bei den Frauen mit zwei Kindern in der Jahrgangsgruppe B eine rückläufige Tendenz sowohl der Fehlgeburten als auch der wahrscheinlichen Abtreibungen festzustellen und weist darauf hin, daß viele Frauen ihre Kinderzahl auf zwei beschränken wollen und dies immer mehr statt über den Weg der Abtreibung jetzt mittels der Ovulationshemmer erreichen. Ebenso dürfte der deutliche Rückgang der Fehlgeburtenrate und das starke Absinken der wahrscheinlichen Abtreibungen in der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A bei den Frauen mit drei und mehr Kindern eine Folge der vermehrten Anwendung von Ovulationshemmern sein. Es ist jedoch nicht klar, weshalb gerade bei kinderlosen Frauen und Frauen mit zwei Kindern diese rückläufige Tendenz der Abtreibungen erst innerhalb der Jahrgangsgruppe B abzeichnet, während bei den Frauen mit einem Kind und denen mit drei und mehr Kindern schon seit 1966 ein gegenüber 1959 - 1961 deutlich niedrigerer Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen vorliegt. Es kann aber die Meinung vertreten werden, daß unabhängig von der Kinderzahl Ovulationshemmer zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften in zunehmenden Maße Anwendung finden, worauf die jeweils im Jahre 1968 geringste Häufigkeit der wahrscheinlichen Abtreibungen hinweist. Dabei dürften wohl in Übereinstimmung mit den meisten Angaben im Schrifttum bei allen Frauen sozioökonomische Gründe für die Einschränkung der Familiengröße ausschlaggebend sein.

## VI Sozialer Stand

An Hand der Angaben in den Krankenjournalen über den Beruf der Patientinnen oder ihrer Ehemänner wurde das Abortgut nach dem sozialen Stand der Patientinnen in folgende Gruppen aufgegliedert:

1. Unterschicht
2. Mittelschicht
3. Oberschicht

Ausgenommen wurden Studentinnen, Schülerinnen und Schwesternschülerinnen, die eine eigene Gruppe bilden.

Zur Unterschicht wurden gezählt:
Hilfsarbeiter, Arbeiter und Landwirte,

zur Mittelschicht:
Angestellte und Beamte des einfachen und mittleren Dienstes, sowie Selbständige mit geringem Einkommen,

zur Oberschicht:
Angestellte und Beamte des höheren und gehobenen Dienstes, Selbständige mit höherem Einkommen und Akademiker.

Tabelle 45: Untere soziale Schicht.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 60 | 139 | 199 | 30,15 |
| 1960 | 39 | 151 | 190 | 20,53 |
| 1961 | 43 | 147 | 190 | 22,63 |
| Summe | 142 | 437 | 579 | 24,53 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 26 | 123 | 149 | 17,45 |
| 1967 | 37 | 99 | 136 | 27,21 |
| 1968 | 22 | 107 | 129 | 17,05 |
| Summe | 85 | 329 | 414 | 20,53 |

Tabelle 46: Mittlere soziale Schicht.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 17 | 65 | 82 | 20,73 |
| 1960 | 18 | 55 | 73 | 24,66 |
| 1961 | 31 | 63 | 94 | 32,98 |
| Summe | 66 | 183 | 249 | 26,51 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 24 | 69 | 93 | 25,81 |
| 1967 | 22 | 59 | 81 | 27,16 |
| 1968 | 10 | 59 | 69 | 14,49 |
| Summe | 56 | 187 | 243 | 23,05 |

Tabelle 47: Obere soziale Schicht.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 2 | 51 | 53 | 3,77 |
| 1960 | 9 | 39 | 48 | 18,75 |
| 1961 | 7 | 49 | 56 | 12,50 |
| **Summe** | 18 | 139 | 157 | 11,46 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 8 | 78 | 86 | 9,30 |
| 1967 | 7 | 77 | 84 | 8,33 |
| 1968 | 3 | 75 | 78 | 3,85 |
| **Summe** | 18 | 230 | 248 | 7,26 |

Tabelle 48: Studentinnen, Schülerinnen, Schwesternschülerinnen.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 3 | 3 | 6 | 50,00 |
| 1960 | 1 | 8 | 9 | 11,11 |
| 1961 | 5 | 8 | 13 | 38,46 |
| Summe | 9 | 19 | 28 | 32,14 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 6 | 13 | 19 | 31,58 |
| 1967 | 10 | 18 | 28 | 35,71 |
| 1968 | 3 | 10 | 13 | 23,08 |
| Summe | 19 | 41 | 60 | 31,67 |

Abb.24: Untere soziale Schicht (zu Tab.45)

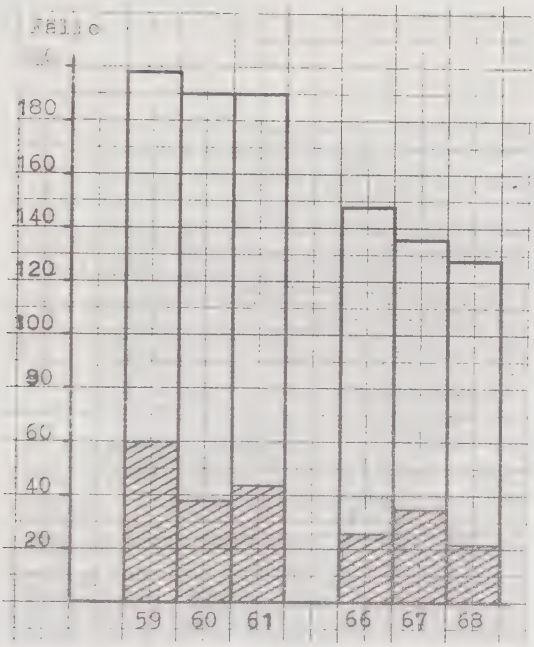



Abb.25: Mittlere soziale Schicht (zu Tab.46).

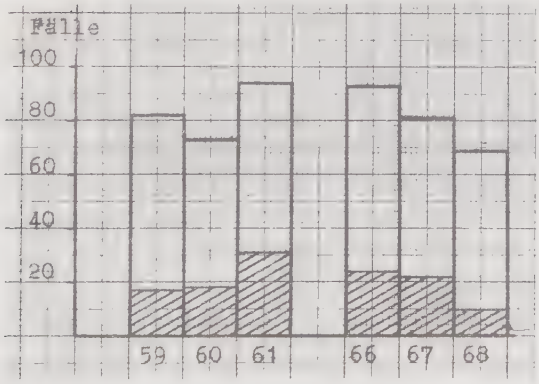


Abb.26: Obere soziale Schicht (zu Tab.47).

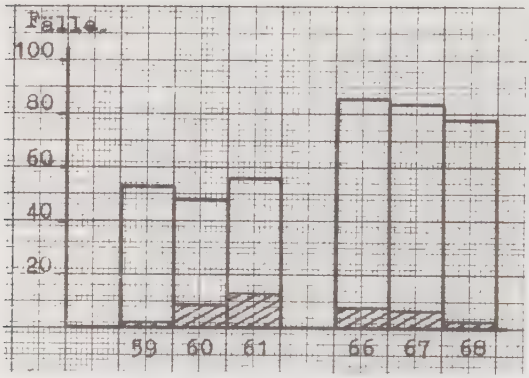
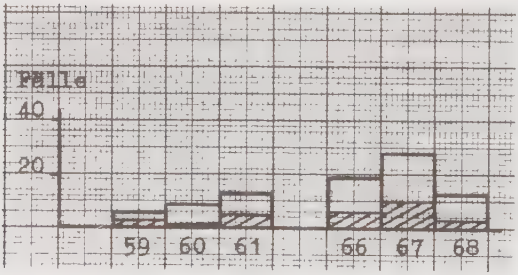



Abb.27: Studentinnen und Schülerinnen (zu Tab.48).



Beschreibung der Ergebnisse

Die Abortpatientinnen gehören in beiden Jahrgangsgruppen zum größten Teil der Unterschicht an, etwa ein Viertel entstammt der Mittelschicht. Die Oberschicht ist in der Jahrgangsgruppe A mit 15,50 % in der Jahrgangsgruppe B mit 25,70 % beteiligt. Einen nur geringen Anteil nehmen die Studentinnen und Schülerinnen ein, jedoch ist bei ihnen der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen in beiden Jahrgangsgruppen am größten. Die Unter- und Mittelschicht unterscheidet sich im Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen gering voneinander, während bei der Oberschicht sich nur bei einem geringen Prozentsatz der Fehlgeburten ein Hinweis auf eine Abtreibung bietet.

Die Fehlgeburtenhäufigkeit ist in der Unterschicht (Tab.45) von der Jahrgangsgruppe A zur Jahrgangsgruppe B stark zurückgegangen, bleibt innerhalb der Jahrgangsgruppe A etwa gleich hoch, nimmt aber in der Jahrgangsgruppe B von Jahr zu Jahr ab. Für den Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen ergibt sich ein Rückgang von der Jahrgangsgruppe A (24,53 %) zur Jahrgangsgruppe B (20,53 %). Im Jahre 1967 konnten aber noch fast so viele Abtreibungen gezählt werden, wie im Jahre 1960, jedoch liegt ihr Anteil im Jahre 1968 mit 17,05 % bei 22 Fällen am niedrigsten.

In der Mittelschicht (Tab.46) ergeben sich in keinem Falle starke Unterschiede. Die Fehlgeburtenfrequenz ist von der Jahrgangsgruppe A zur Jahrgangsgruppe B nur gering zurückgegangen, liegt 1961 mit 94 Fällen am höchsten und nimmt in der Jahrgangsgruppe B von Jahr zu Jahr ab, ebenso wie die wahrscheinlichen Abtreibungen zurückgehen und zwar am stärksten von 1967 auf 1968. Sie liegen im Jahre 1968 mit 14,49 % am niedrigsten, dagegen in den Jahren 1966 und 1967 sogar noch höher als 1959 und 1960.

Die Anzahl der Abortpatientinnen aus der Oberschicht (Tab.47) hat von der Jahrgangsgruppe A zur Jahrgangsgruppe B stark zu-

genommen. Die Anzahl der wahrscheinlichen Abtreibungen ist jedoch gleich geblieben. Die Unterschiede innerhalb der beiden Jahrgangsgruppen sind nicht groß, doch gehen in der Jahrgangsgruppe B sowohl die Fehlgeburten als auch die wahrscheinlichen Abtreibungsfälle von Jahr zu Jahr gering zurück.

Die Zahl der Studentinnen und Schülerinnen (Tab.48), die zur stationären Aufnahme kamen, liegt in der Jahrgangsgruppe B um mehr als das Doppelte höher als in der Jahrgangsgruppe A, der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen ist nur gering zurückgegangen. Die Aborthäufigkeit nimmt von 1959 bis 1961 zu ebenso von 1966 bis 1967, liegt aber 1968 wieder deutlich niedriger. Die wahrscheinlichen Abtreibungen schwanken in der Jahrgangsgruppe A zwischen 3,1 und 5 Fällen, nehmen von 1966 bis 1967 ebenfalls noch zu, um 1968 deutlich zurückzugehen.

Diskussion

Wie schon im Kapitel über die Motive zur Abtreibung dargelegt wurde, besteht im Schrifttum die Meinung, daß es vielfach sozioökonomische Gründe seien, die die Frauen veranlaßen werden eine Abtreibung durchzuführen. So besteht auch der größte Teil des Abortmaterials aus Frauen der unteren sozialen Schichten. Ein Grund dafür dürfte aber auch der hohe Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Gesamtbevölkerung sein: Die Hälfte aller Erwerbspersonen des Kreises Tübingen ist im produzierendem Gewerbe tätig und die Gemeinden mit kleinbäuerlichem Charakter, sowie die sogenannten Arbeiter- und Bauerngemeinden haben sich im Laufe der Zeit mehr und mehr zu ländlichen Arbeitergemeinden entwickelt, wie in der amtlichen Kreisbeschreibung von Tübingen (44) mitgeteilt wird. Das erklärt auch die geringe Zahl der Landwirtsfrauen, die mit nur 78 Fehlgeburten am Abortmaterial beteiligt sind.

Der relativ hohe Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den niedrigeren sozialen Schichten gegenüber ihrem niederen Anteil bei der Oberschicht bestätigt die Meinung vieler Autoren, daß der Schwangerschaftsverlauf von den sozialen Verhältnissen der Frauen beeinflußt wird. So gibt Hamburger (zit.bei 12) 1908 für Arbeiterfrauen 17,9 % Fehlgeburten an, bei Wohlhabenden nur 8,0 %. Ebenso stellt Brey (13) sowie Bergander (8) in neuerer Zeit die Abhängigkeit der Aborthäufigkeit von der sozialen Stellung fest. Am Abortmaterial von Hofmann (34) haben in der Gruppe der zugestandenen kriminellen Aborte die Arbeiter den größten Anteil, gefolgt von den Angestellten und Beamten. Ebenso findet er, daß bei Arbeiterfrauen in hohem Maße pathologische Genitalbefunde und Fieber aufgetreten sind. An den Untersuchungen von Alexandrow (zit.bei 30) treten bei den passiven Abtreiberinnen die sozial besser gestellten Kreise fast gar nicht in Erscheinung.

Der hohe Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei Studentinnen ist nicht verwunderlich. Sie sind meist unverheiratet

und müssen wegen eines unehelichen Kindes befürchten, ihr Studium aufgeben zu müssen. Aber gerade bei ihnen dürfte die Kenntnis über die " Pille " am größten sein, weshalb die mehr als doppelt so hohe Aborthäufigkeit in der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A überrascht und nicht allein durch die Zunahme der Studierenden zu erklären ist. Die im Jahre 1968 gegenüber 1967 und 1966 geringere Aborthäufigkeit und niedrigere Anzahl der wahrscheinlichen Abtreibungen ist aber auch bei ihnen sicherlich auf eine in der jüngsten Zeit erfolgte vermehrte Anwendung von Ovulationshemmern zurückzuführen.

Der starke Rückgang der Fehlgeburtenhäufigkeit bei den Patientinnen aus der unteren sozialen Schicht, sowie die mehr oder weniger rückläufige Tendenz der Fehlgeburtenhäufigkeit und der wahrscheinlichen Abtreibungsfälle bei allen Schichten bis 1968 muß als Folge einer über alle Bevölkerungskreise zunehmende Anwendung der " Pille " angesehen werden, wobei der jeweils niedrigste Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen in der Jahrgangsgruppe B wiederum darauf hinweist, daß die Ovulationshemmer einen Rückgang vor allem der Abtreibungen verursacht haben, wie es wiederum für das Jahr 1968 am deutlichsten wird. Der relativ stärkere Rückgang der Fehlgeburten in der Jahrgangsgruppe B bei den unteren und mittleren sozialen Schichten gegenüber dem nur geringen Rückgang bei der oberen Schicht unterstützt die Meinung, daß es vor allem sozioökonomische Gründe sind, die zur Einschränkung der Familiengröße Veranlassung geben.

## VII Konfession

Tabelle 49: Konfession

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | kathol. | ev. u. andere | Gesamtzahl | kath. in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 108 | 232 | 340 | 31,76 |
| 1960 | 108 | 212 | 320 | 33,75 |
| 1961 | 127 | 226 | 353 | 35,98 |
| Summe | 343 | 670 | 1013 | 33,86 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 119 | 228 | 347 | 34,29 |
| 1967 | 113 | 216 | 329 | 34,35 |
| 1968 | 100 | 189 | 289 | 34,60 |
| Summe | 332 | 633 | 965 | 34,40 |

Tabelle 50: Katholische Patientinnen

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 24 | 84 | 108 | 22,22 |
| 1960 | 18 | 90 | 108 | 16,67 |
| 1961 | 23 | 104 | 127 | 18,11 |
| Summe | 65 | 278 | 343 | 18,95 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 19 | 100 | 119 | 15,97 |
| 1967 | 25 | 88 | 113 | 22,12 |
| 1968 | 11 | 89 | 100 | 11,00 |
| Summe | 55 | 277 | 332 | 16,57 |

Tabelle 51: Protestantische Patientinnen und Angehörige anderer Konfession.

Jahrgangsgruppe A

| Jahr | Gruppe I | Gruppe II | Gesamtzahl | Anteil der Gruppe I in % |
|---|---|---|---|---|
| 1959 | 58 | 174 | 232 | 25,00 |
| 1960 | 49 | 163 | 212 | 23,11 |
| 1961 | 63 | 163 | 226 | 27,88 |
| Summe | 170 | 500 | 670 | 25,37 |
| Jahrgangsgruppe B | | | | |
| 1966 | 45 | 183 | 228 | 19,74 |
| 1967 | 51 | 165 | 216 | 23,61 |
| 1968 | 27 | 162 | 189 | 14,29 |
| Summe | 123 | 510 | 633 | 19,43 |

Abb.28: Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei katholischen und nicht katholischen Pat.

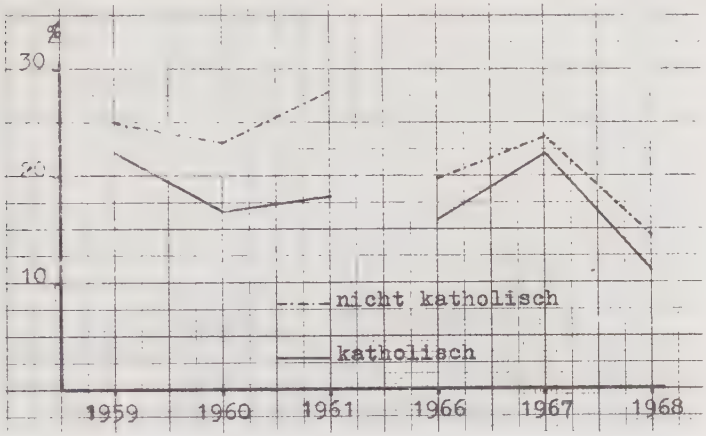



Abb.29: Katholische Patientinnen (zu Tab. 50).

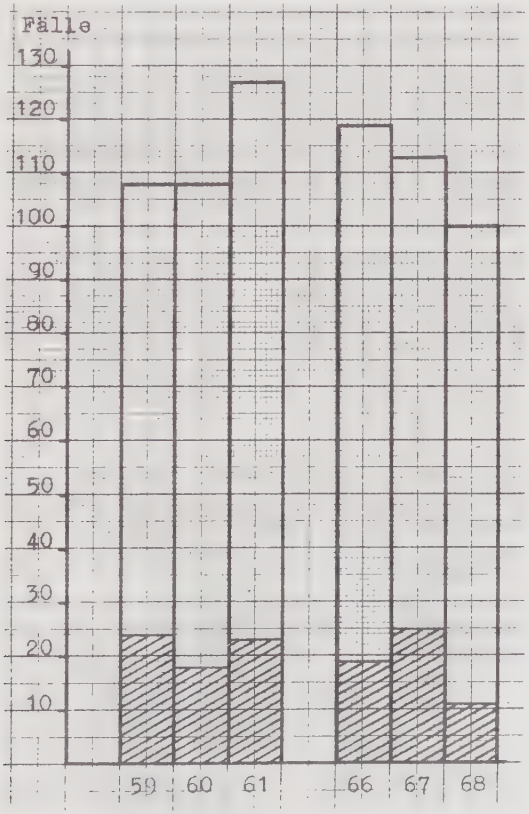
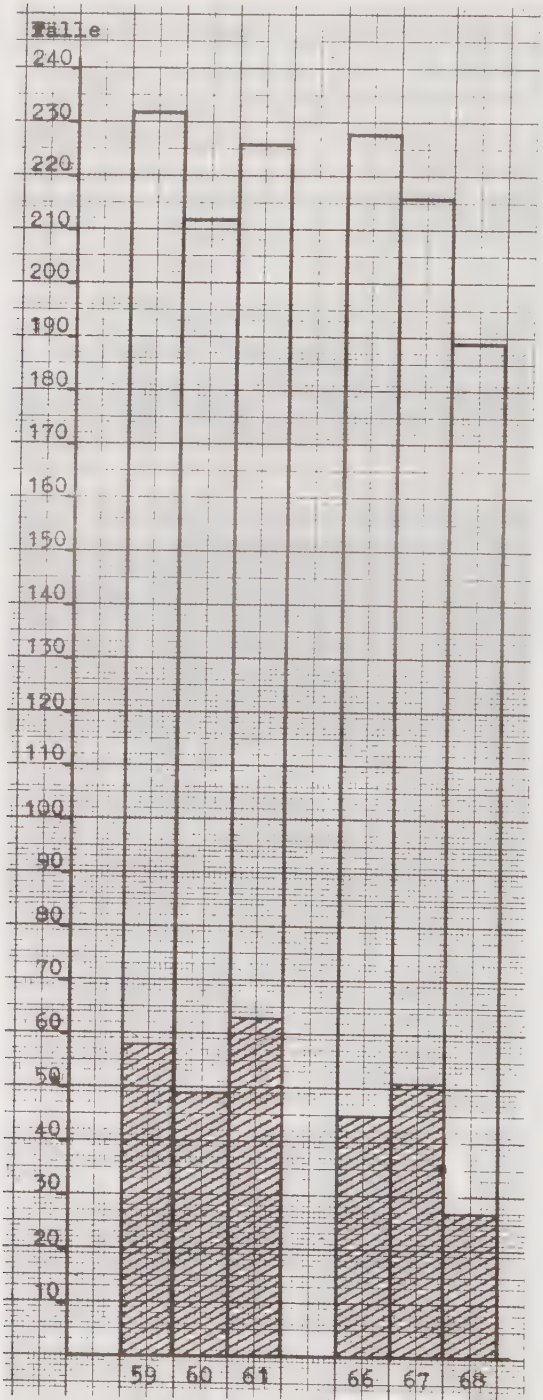


Abb.30: Nicht katholische Patientinnen (zu Tab. 51).



Beschreibung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die katholischen Patientinnen den evangelischen Patientinnen und Angehörigen anderer Konfessionsgruppen gegenübergestellt.

Das Verhältnis der katholischen Patientinnen zu den evangelischen Patientinnen und den Angehörigen sonstiger Konfessionsgruppen unterliegt in keinem der beobachteten Jahre wesentlichen Veränderungen. Der Anteil der katholischen Abortpatientinnen hat in der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A nur geringfügig zugenommen und bleibt von 1966-1968 fast gleich.

Der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen liegt in beiden Jahrgangsgruppen bei den katholischen Patientinnen niedriger als bei den Nichtkatholikinnen (Abb.28). Die Häufigkeiten der Fehlgeburten und Abtreibungen bei beiden Konfessionsgruppen verlaufen fast gleichmäßig. Sowohl bei den Katholikinnen als auch bei den Angehörigen anderer Konfessionen nimmt die Fehlgeburtenhäufigkeit von 1966 bis 1968 ab, ebenso wie bei beiden Konfessionsgruppen der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 am niedrigsten liegt.

Diskussion

Der prozentuale Anteil der katholischen Patientinnen am Abortmaterial liegt gering höher als der Anteil der katholischen Bevölkerung an der Bevölkerung des Landkreises Tübingen. Er wird zum Zeitpunkt der Volkszählung vom 6.6.61 mit 30,1 % angegeben, woraus aber nicht auf eine vermehrte Aborthäufigkeit bei den katholischen Frauen geschlossen werden kann, zumal viele Patientinnen aus Gemeinden der Nachbarkreise stammen, von denen die Landkreise Hechingen und Horb überwiegend katholisch sind.

Der Anteil der Katholikinnen am Abortmaterial des Frauenspitals in Basel von 1958 - 1961 ist ebenfalls höher als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung des Kanton Basel-Stadt, was nach Cloeren und Mall-Haefeli eventuell die Folge einer fehlenden oder unzureichenden Aufklärung unter diesen Patientinnen ist. Sie schließen aber daraus, daß die Frauen in großem Ausmaß die Probleme der Fertilität unabhängig von konfessionellen Bindungen lösen. Legale Schwangerschaftsunterbrechungen sind in der BRD häufiger in Gebieten mit protestantischer Bevölkerung als in Gebieten mit katholischer Bevölkerung, wie Mikat (53) mitteilt. Dagegen wird nach der Meinung von Weinzierl, Dück und Heiss (zit.bei 30) selbst in Gegenden mit fast ausschließlich katholischer Bevölkerung in großem Umfang abgetrieben.

Der am vorliegendem Material in allen Jahrgängen deutlich niedrigere Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen bei den Katholikinnen spricht für eine geringere Neigung zur Abtreibung bei diesen Frauen.

Auf Grund des bei beiden Konfessionsgruppen gleichmäßigen Rückganges der Fehlgeburten seit 1966 und des Absinkens der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 kann mit Cloeren und Mall-Haefeli die Ansicht vertreten werden, daß die Probleme der unerwünschten Schwangerschaften unabhängig von konfessionellen Bindungen gelöst werden und zwar durch die

Anwendung von Ovulationshemmern, obwohl von der katholischen Kirche als Weg zur Empfängnisverhütung lediglich die periodische Enthaltsamkeit erlaubt ist. Jedoch ist die päpstliche Entscheidung zu diesem Thema erst im Jahre 1968 erfolgt, weshalb noch nicht festgestellt werden kann, ob daraus wieder eine Zunahme der Fehlgeburtenhäufigkeit bei Katholikinnen resultiert, was bezweifelt werden kann. Eine Frau, bei der der Wille zur Abtreibung stärker ist, als der auf religiöser Grundlage beruhende Gewissenskonflikt, wird auch unabhängig von kirchlichen Entscheidungen sich der Ovulationshemmer zur Empfängnisverhütung bedienen.

Eine Antwort auf die Frage der stärkeren Anwendung von Ovulationshemmern bei den Nichtkatholikinnen könnte auch eine Untersuchung über die Geburtenentwicklung geben, da bei einer geringeren Anwendung der " Pille " durch katholische Frauen auch die Geburtenfrequenz bei ihnen im Verhältnis zu der bei nicht katholischen Frauen weniger stark absinken dürfte, vielleicht sogar zunehmen wird.

# E SCHLUSSBETRACHTUNG

Aus dem Vergleich der beiden Jahrgangsgruppen geht hervor, daß in fast allen Fällen der Anteil der Fehlgeburten, bei denen eine Abtreibung zugegeben worden ist, oder bei denen ein Hinweis darauf auf Grund des klinischen Befundes besteht, zurückgegangen ist. Der niedrigste Anteil dieser als wahrscheinliche Abtreibungen bezeichneten Fehlgeburten findet sich jeweils im Jahre 1968, während sowohl die absolute Zahl dieser Fälle, als auch ihr Anteil an der Gesamtfehlgeburtenzahl in den Jahren 1966 und 1967 oft noch so hoch liegt, wie in den Jahren, als noch keine Ovulationshemmer erhältlich waren. In der Bekämpfung der Abtreibung durch die wirksame und einfach durchführbare Kontrazeption mittels Ovulationshemmer kann demnach an der Frauenklinik Tübingen erst für das Jahr 1968 ein deutlicher Erfolg festgestellt werden.

Die in den letzten Jahren rückläufige Tendenz aller Fehlgeburten muß ebenfalls auf eine zunehmende Anwendung der " Pille " zurückgeführt werden. Eine sichere Aussage ist aber erst möglich, wenn noch in den nächsten Jahren ein weiteres Absinken oder eine etwa gleichbleibend niedrige Fehlgeburten- und Abtreibungshäufigkeit festgestellt wird, was jedoch anzunehmen ist. So kommt es doch immer noch - wohl auf Grund einer mangelhaften Kenntnis vieler Frauen über die Empfängnisverhütung - zu unerwünschten Schwangerschaften, die wiederum zum Teil durch Abtreibung beseitigt werden.

## F ZUSAMMENFASSUNG

Die Fehlgeburten deutscher Patientinnen, die während der Jahre 1959 - 1961 (Jahrgangsgruppe A) und 1966 - 1968 (Jahrgangsgruppe B) an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen zur stationären Aufnahme kamen (1978 Fälle), wurden erfaßt und mit einander verglichen. Dabei wurde auf Grund der Angabe in den Krankenjournalen über Fieber und Genitalbefund zwischen Fehlgeburten unterschieden, bei denen ein Hinweis auf eine Abtreibungsmaßnahme vorlag und solchen, die keinen Anhalt für eine Abtreibung boten. Eine Aufteilung dieser 1978 Fälle erfolgte dann nach dem Wohnort der Patientinnen und seiner Einwohnerzahl, nach dem Familienstand und dem Alter der Patientinnen, nach der Kinderzahl verheirateter Patientinnen, sowie dem sozialem Stand und der Konfessionszugehörigkeit.

Für die Gesamtzahl der Fälle ergibt sich ein Absinken der Fehlgeburten von 1966 - 1968, während der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen erst im Jahre 1968 niedriger liegt als in den Jahren 1959 - 1961. Es wird angenommen, daß die zunehmende Anwendung der oralen Ovulationshemmer zur Konzeptionsprophylaxe die Ursache für den Rückgang der Fehlgeburten ist.

Ein starker Rückgang der Fehlgeburten von 1966 - 1968 wird bei Patientinnen aus Gemeinden mit mehr städtischem Charakter gefunden, während bei Patientinnen aus Landgemeinden lediglich im Jahre 1968 ein Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungen erfolgt ist.

Vor allem die verheirateten 25 - 29 jährigen Frauen weisen einen deutlichen Rückgang der Fehlgeburtenhäufigkeit von 1966 - 1968 auf. Bei denen der anderen Altersgruppen liegt der Anteil der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 jeweils niedriger als in einem der übrigen beobachteten Jahrgänge. Dagegen kann bei den unverheirateten kein eindeutiger Rückgang der Fehlgeburtenhäufigkeit in einer der

Jahre der Jahrgangsgruppe B gegenüber der Jahrgangsgruppe A festgestellt werden.

Die Abnahme der Fehlgeburten und der Rückgang der wahrscheinlichen Abtreibungen scheint sich unabhängig von der Anzahl der bereits vorhandenen Kinder bei verheirateten Frauen zu vollziehen, ebenso wie in allen Bevölkerungsschichten eine rückläufige Tendenz der Fehlgeburtenhäufigkeit von 1966 - 1968 festgestellt wird, bei den unteren und mittleren sozialen Schichten jedoch in stärkerem Maße als bei der Oberschicht. Eine Außnahme bildet hier die Gruppe der Studentinnen und Schülerinnen, bei denen 1967 ein Maximum der Fehlgeburten - und Abtreibungsfrequenz vorliegt. Jedoch ist auch bei ihnen sowohl die Gesamtzahl der Fehlgeburten als auch die Zahl der wahrscheinlichen Abtreibungen im Jahre 1968 wieder abgesunken. Daraus wird auf eine in den letzten Jahren zunehmende Anwendung der oralen Ovulationshemmer zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften in allen Bevölkerungskreisen geschlossen, in stärkerem Ausmaß aber bei den sozial schlechter gestellten Schichten.

Die Konfessionszugehörigkeit der Frauen hat keinen Einfluß auf die Anwendung der " Anti-Baby-Pille ".

Die Annahme, daß mit der " Pille " ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Abtreibung gegeben sei, kann hier aus dem Absinken der vermutlichen Abtreibungen im Jahre 1968 sowie der von 1966 - 1968 rückläufigen Tendenz der Fehlgeburtenhäufigkeit bestätigt werden. Zur Erhärtung dieser Behauptung ist allerdings noch eine Beobachtung der Fehlgeburtenhäufigkeit während der nächsten Jahre notwendig.

# G L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. Andolsek, L.:

Some abortion problems in Yugoslavia
Ginek. i Opstet. (Zagreb) 6, 1 - 8 (1966).
Ber. ges. Gyn. Geb. 95, 373 (1967/58).

2. Argay, I. und Nemecskay, T.:

Über die Geburtenregelung, auf Grund des Abortmaterials von 10 Jahren.
Orv. Hetil. 105, 2067 - 2072 (1964).

3. Arvay, A. und Raicx, J.:

Erfahrungen mit künstlichen Schwangerschaftsunterbrechungen.
Zbl. Gynäk. 81, 119 - 134 (1959).

4. Bauer, K.:

Häufigkeit, Ursachen, Behandlung und Folgen der an der Tübinger Univ.-Frauenklinik vom 1.1.36 - 31.12.40 beobachteten Fehlgeburten.
Med. Diss. Tübingen 1943

5. Bayer, R.:

Ätiologie der Fehlgeburt.
Arch. Gyn. 172, 198 - 249 (1942).

6. Behrens, H.:

Eine Analyse des Abortkrankengutes der Jahre 1960 - 1962 der Niedersächsischen Landesfrauenklinik Celle.
Zbl. Gynäk. 86, 1435 - 1439 (1964).

7. Bene, R.:

Profil psycho - contraceptiv de la region du Creusot (S. - et - L.).
C. R. Soc. franc. Gynec. 36, 159 - 164 (1966).

8. Bergander, U.:

Fehlgeburten und Abtreibungen im Abbild unserer Klinik. (Aus der Frauenklinik des Stadtkrankenhauses Dresden - Friedrichsstadt).
Das Deutsche Ges. - Wes. 10, 725 - 733 (1955).

9. Bock, A.:

Überraschende Ergebnisse einer klinischen Fehlgeburtenstatistik von 1930 - 1950.
Geburtsh. u. Frauenheilk. 12, 683 - 695 (1952).

10. Borgholte, W.:

Zum Problem der Fehlgeburten.
Der Öff. Ges. Dienst 14, 166 - 172 (1952).

11. Brachtel, A.:

Zur zahlenmäßigen Erfassung des kriminellen Abortes.
Zbl. Gynäk. 63, 1523 - 1527 (1939).

12. Brey, J.:

Bemerkenswertes aus einer Abortstatistik (Dresden).
Das Dtsch. Ges. - Wes. 14, 1608 - 1611 (1959).

13. Brey, J.:

Ein Beitrag zur zahlenmäßigen Erfassung des kriminellen Abortus.
Zbl. Gynäk. 83, 1560 - 1565 (1961).

14. Bruntsch, K. H.:

Zur Behandlung der Fehlgeburt.
Dtsch. med. J. 11, 433 - 436 (1960).

15. Cloeren, S. und Mall - Haefeli, M.:

Das Abortproblem.
Z. Präv. - Med. 10, 85 - 98 (1965).

16. Dalsace, J.:

Heurs et malheurs de la contraception en France
Gynec. prat. 17, 111 - 115 (1966).
Ber. ges. Gyn. 94, 407 (1967).

17. Defort, J.:

'Etude médico - sociale de 400 cas d' avortements.
Bull. Soc. roy. belge Gynéc. Obstet., N. S. 31, 109 - 124 (1961).
Ber. ges. Gyn. Geb. 76, 187 (1961).

18. Döring, G. K.:

Die Abtreibungsziffer sinkt - ein Erfolg präventiv - mediz. Maßnahmen.
Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Der Landarzt. 45, 721 - 722 (1966).

19. Emde Boas, C. van:

Abortus provocatus
T. Geneesk. 23, 169 - 188 (1967).
Ber. ges. Gyn. Geb. 95, 478 (1967/1968).

20. d'Ernst, J. P.:

Aspects psychologiques et moraux de la contraception orale.
Gynaecologia (Basel) 161, 155 - 160 (1966).
Bers. ges. Gyn. Geb. 93, 202 (1966/67).

21. Fischer, J.:

Kann Geburtenkontrolle die Abtreibungsseuche eindämmen?
Die Innere Mission, 53, 289 - 292 (1963).

22. Fischer, J.:

Die Problematik der "Geburtenregelung" in der ärztlichen Diskussion.
Der Öff. Ges.-Dienst 26, 81 - 96 u. 123 - 141 (1964).

23. Gesenius, H.:

Empfängnisverhütung.
Berlin und München: Urban und Schwarzenberg 1959.

24. Gornick, P.:

Ausgang der unerwünschten Schwangerschaft.
Münch. Med. Wschr. 79, 1845 - 1846 (1932).

25. Gornick, P.:

Zur Frage des Ausganges der unerwünschten Schwangerschaft.
Münch. Med. Wschr. 80, 1993 (1933).

26. Harmsen, H.:

Abtreibung oder Empfängnisverhütung.
Gesundheitsfürsorge 7, 122 - 125 (1953).

27. Harmsen, H.:

Zur Probelmatik der Antibaby - Wunschkind - Pille.
M. - Kurse ärztl. Fortbildung 15, 418 - 421 (1965).

28. Harmsen, H.:

Geplante Elternschaft - Empfängnisregelung.
Münch. Med. Wschr. 108, 2325 - 2329 (1966).

29. Harrison, C. P.:

On the futility of legalizing abortion.
Canad. med. Ass. J. 95, 360 - 366 (1966).

30. Heiss, H.:

Die Abortsituation in Europa und in außereuropäischen Ländern. Eine medizinisch - rechtsvergleichende Studie.
Beilage zu Z. Gebh. 166
Stuttgart: Ferdinand Enke 1967

31. Heiss, H.:

Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und der kriminelle Abort.
Stuttgart: Ferdinand Enke 1967

32. Heynemann, Th.:

Fehl- und Frühgeburt.
in Seitz - Amreich: Biologie und Pathologie des Weibes. 2. Auflage Bd. VIII, 241 - 424 (1951).

33. Hnátek, L., Malý, Vl. und Srb, Vl.:

Contraception as a way of preventing abortion.
Csl. Gynek. 27/41, 663 - 665 (1962).
Ber. ges. Gyn. Geb. 81, 277 (1963).

34. Hofmann, D.:

Gegenwärtige Aspekte des kriminellen Abortes.
Der Öff. Ges. - Dienst 23, 204 - 213 (1961).

35. Hofmann, D.:

Die Fehlgeburt. Gefährdung und Störung der frühen Schwangerschaft. Ursachen, Erkennung und Vermeidung.
München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg 1967.

36. Hörmann, G.

Probleme der Fehlgeburt.
Dtsch. Med. J. 8, 257 - 261 (1964).

37. Jung, H. und Klöck, F. K.:

Zur Prognose und Therapie der drohenden Fehlgeburt und die Ergebnisse nach erhaltener Schwangerschaft.
Geburtsh. und Frauenheilk. 27, 461 - 475 (1967).

38. Kaufmann, R.:

Die Pille, Bevölkerungsexplosion, Familienplanung, Geburtenregelung.
Düsseldorf, Köln: Eugen Diederichs 1968.

39. Kayser, H.:

Der provozierte Abort.
Arch. Gyn. 179, 451 - 469 (1951).

40. Kepp, R. und Koester, H.:

Empfängnisverhütung aus Verantwortung.
Stuttgart: Georg Thieme 1968.

41. Köhn, I.:

Die Fehlgeburten am St. Johannis - Hospital in Duisburg - Hamborn von 1927 - 1947. Med. Diss. Münster 1949

42. Koller, S.:

Über die Häufigkeit der Spontanaborte. Arch. Gynäk. 173, 273 - 277 (1942).

43. Kummer, J. M. and Leavy, Z.:

Criminal abortion. A consideration of ways toreduce insidence. Calif. Med. 95, 170 - 175 (1961). Ber. ges. Gyn. Geb. 77, 272 (1962).

44. Der Landkreis Tübingen. Amtliche Kreisbeschreibung. Herausgegeben von der Staatlichen Archivverwaltung Baden - Württemberg in Verbindung mit dem Landkreis Tübingen 1967.

45. Lax, H.:

Die Zunahme der Abtreibungen im Spiegel der Klinik. Zbl. Gynäk. 69, 1346 - 1352 (1947).

46. Liepmann, W.:

Gegenwartsfragen der Frauenheilkunde. Leipzig: Hirzel 1933.

47. Mackenroth, G.:

Bevölkerungslehre.
Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag 1953.

48. Martius, H.:

Lehrbuch der Geburtshilfe
Stuttgart: Georg Thieme 1959.

49. Mayer, A.:

Bedenken gegen die Antibabypille.
Ther. Umschau 21, 326 - 328 (1964).

50. Mehlan, K.-H.:

Abortstatistik und Geburtenhäufigkeit in der DDR.
Das Dtsch. Ges.- Wes. 10, 1648 - 1660 (1955).

51. Mehlan, K.-H.:

Abortbekämpfung und Geburtenregelung.
Z. ärztl. Fortbildung 53, 1158 - 1162 (1959).

52. Mehlan, K.-H.:

Internationale Abortsituation. Abortbekämpfung. Antikonzeption.
Edition Leipzig 1964.

53. Mikat, B.:

Mütter- und Säuglingssterblichkeit, Totgeborenen- und Aborthäufigkeit im internationalen Vergleich. Dtsch. Ärzteblatt, 63, 2601 - 2605 und 2665 - 2668 (1966).

54. Mink, E.:

Behebung der Therapieresistenz beim habituellen Abort durch Neuraltherapie der Schilddrüse. Zbl. Gynäk. 81, 1311 - 1318 (1959).

55. Mory, E.:

Abortus imminens. Häufigkeit und Ursachen. Seine Behändlung an der Univ. Frauenklinik Tübingen von 1951 - 1961.
Med. Diss. Tübingen 1964

56. Mühlethaler, M.:

Problémes du birth control.
Bull. Fed. Gynec. Obstet. franc. 12, 129 - 133 (1960).

57. Müller, B.:

Gerichtliche Medizin.
Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag 1953.

58. Müller, C.:

Zur Geschichte des artefiziellen Abortes.
Geburtsh. und Frauenheilk. 26, 223 - 231 (1966).

59. Nevrla, F.:

Objektive and subjective reasons for application for interruption of pregnancy.
Csl. Gynek. 25/39, 757 - 758 (1960).

60. Olki, M. und Krokfors, E.:

Erfahrungen über Aborte an der UFK zu Helsinki im Jahre 1959.
Gynaecologia (Basel) 154, 53 - 61 (1962).

61. Peller, S.:

Studien zur Statistik des Abortus.
Zbl. Gynäk. 53, 861 - 871 (1929).

62. Philipp, E.:

Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt.
Zbl. Gynäk. 64, 225 - 255 (1940).

63. Prinzing, F.:

Handbuch der Medizinischen Statistik.
Jena: Gustav Fischer 1931

64. Psyrembel, W.:

Praktische Geburtshilfe. 7. Auflage
Berlin: Walter de Gruyter u. Co. 1960.

65. Reichert, F.:

Über die Häufigkeit der Fehlgeburt.
Arch. Gynäk. 173, 266 - 273 (1942).

66. Schultze, K.W.:

Spontanabort oder Abtreibung.
Öff. Ges. - Dienst 7, 421 - 426 (1941/42).

67. Schultze, K.W.:

Abortus - Ursachen unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Faktors.
Münch. med. Wschr. 109, 1256 - 1269 (1967).

68. Schultze, K.W.:

Die zahlenmäßige Bedeutung der Fehlgeburt im Fortpflanzungsgeschehen.
Geburtsh. u. Frauenheilk. 29, 332 - 337 (1969).

69. Sele, V.:

Das Interesse für Empfängnisverhütung bei Abortbehandelten.
Ugeskr. Laeg. 1958, 829 - 832.
Ber. ges. Gyn. Geb. 66, 99 (1958/59).

70. Stoeckel, W.:

Lehrbuch der Geburtshilfe, 12. Auflage.
Jena: Gustav Fischer 1956.

71. Süssmann, F.:

Erfahrungen bei der Langzeitanwendung von Nogestrel plus Äthinylöstradiol.
Med. Welt, N. F. 19, 659 - 661 (1968).

72. Tekavcic, B.:

The up-to-date birth control.
Zdrav. Vestn. 28, 167 - 170 (1959).
Ber. ges. Gyn. Geb. 73, 197 (1961).

73. Ulmer Denkschrift (zur Frage der Geburten-

beschränkung).
Dtsch. Ärzteblatt 40, 2138 - 2141 (1965).

# L E B E N S L A U F

Am 18. November 1942 wurde ich in Wertheim/Main als Sohn der in Külsheim/Baden wohnhaften praktischen Ärzte Dr. Hans Dietz und Dr. Jakoba Dietz, geb. Goecker, geboren.

Von 1948 bis 1953 Volksschule in Külsheim. Von 1953 bis zur Reifeprüfung am 28.2.1962 humanistisches Gymnasium in Wertheim.

SS 1962 bis WS 1964/65 vorklinisches Studium an der Universität Tübingen. Ab SS 1965 klinisches Studium an den Universitäten Hamburg, Würzburg und Tübingen.

Medizinisches Staatsexamen am 9. August 1968 an der Universität Tübingen.

Walter Dietz

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 51
Telefon 295681

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 51
Telefon 295681